

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

No

764

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François LAMASSON

Né le 22 avril 1907, à Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médecin assistant de la L. P. S.

Indications et Résultats thérapeutiques

du

Vaccin antistaphylococcique à forte concentration

préparé suivant la Méthode du Docteur Demonchy

Président : M. MATHIEU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François LAMASSON

Né le 22 avril 1907, à Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médecin assistant de la L. P. S.

Indications et Résultats thérapeutiques

du

Vaccin antistaphylococcique à forte concentration

préparé suivant la Méthode du Docteur Demonchy

Président : M. MATHIEU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

DOYEN.. G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÈ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON.. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
HARVIER.		VELTER.	
LIAN.			
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale		
ÉCALLE.			
GUÉNIOT.			
LE LORIER			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES ASCENDANTS PATERNELS
ET MATERNELS QUI, DEPUIS LE XVIII^e SIÈCLE,
ONT EXERCÉ LA MÉDECINE

M. JEAN LAMASSON

M. ROCH FLORENCE

1755. M. BERNARD LAMASSON

1794-1872. M. ANTOINE NOEL LAMASSON

1817-1893. M. PIERRE BERRÉGAS

A MON GRAND-PÈRE

M. LE DOCTEUR GERMAIN LAMASSON

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR PAUL MATHIEU

Professeur de Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

*Qui a bien voulu nous accepter dans son
Service et nous faire le grand honneur de
présider notre jury de thèse, hommage de
notre respectueuse gratitude.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALBERT SÉZARY

Officier de la Légion d'honneur
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui, avec une affectueuse sollicitude,
nous a guidé depuis le début de nos études
médicales.*

*Qui a su faire nôtre sa méthode de tra-
vail faite de pondération, de sincérité
d'observation patiente.*

*Nous prions ce Maître bienveillant de
croire à notre reconnaissance pour l'atten-
tion particulière qu'il nous a accordée.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR LOUIS DELHERM

Officier de la Légion d'honneur
Chef du Service central d'Electro-radiologie
de l'Hôpital de la Pitié
Président de la Société d'Electro-radiologie

*Qui nous a permis de compléter nos études
médicales par celle des agents physiques,
d'un si grand intérêt thérapeutique. Hom-
mage de notre respectueux attachement.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR RAYMOND BERNARD

Chevalier de la Légion d'Honneur
Chirurgien des Hôpitaux

*Qui nous a permis de recueillir dans son
Service la plupart des observations qui ont
servi de base à ce travail. Hommage de
notre vive reconnaissance et de notre admi-
ration pour sa belle indépendance.*

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR ANDRÉ DEMONCHY

Chevalier de la Légion d'honneur
Directeur technique de la Ligue de préservation sociale

Qui depuis six ans nous a dispensé son enseignement.

Nous prions ce Maître, qui a bien voulu nous confier et argumenter cette étude sur son vaccin anti-staphylococcique de croire à notre reconnaissance et à notre fidèle dévouement.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR LÉON VANNIER

Chevalier de la Légion d'honneur
Président du Centre Homéopathique de France

En hommage de notre profond respect.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

- 1928-1929. M. LE PROFESSEUR LEJARS (*in memoriam*)
(Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Antoine).
- M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*)
(Clinique médicale de l'Hôpital Cochin).
- 1929-1930. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUBERTIN (Service de Médecine générale de l'Hôpital de la Pitié).
- M. LE PROFESSEUR PAUL MATHIEU (Service de Chirurgie infantile de l'Hôpital Bretonneau).
- 1930-1931. M. LE DOCTEUR CLAUDE GAUTIER (Service de Médecine générale de l'Hospice d'Ivry).
- M. LE DOCTEUR CHIRIÉ (Maternité de l'Hôtel-Dieu).
- 1931-1932. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALBERT SÉZARY (Service de Dermato-Vénéréologie de l'Hôpital Saint-Louis).
- 1932-1933. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PASTEUR VALÉRY-RADOT (Service de Médecine générale de l'Hôpital Bichat).
- 1933-1934. M. LE DOCTEUR RAYMOND BERNARD (Consultation de Chirurgie générale de l'Hôpital de la Pitié).
- 1934-1935. M. LE DOCTEUR LEVESQUE (Consultation de Médecine infantile à l'Hôpital Bretonneau).
- M. LE DOCTEUR LOUIS DELHERM (Service central d'Electro-radiologie de l'Hôpital de la Pitié).

A M. LE DOCTEUR M. TAMBAREAU

Chirurgien des Hôpitaux de Rouen

A M. LE DOCTEUR R. DUCROQUET

Ancien Chef de Clinique
Assistant d'Orthopédie à l'Hôpital Cochin,
à l'Hospice des Enfants-Assistés

A MES AMIS

Indications et Résultats thérapeutiques
du Vaccin antistaphylococcique à forte concentration
préparé suivant la Méthode du Docteur Demonchy

Délimitation du sujet.

Le but de ce travail n'est point de faire une revue générale des travaux publiés jusqu'à ce jour sur les vaccins antistaphylococciques, ni de comparer entre eux divers vaccins.

Notre seul objet est de fournir les résultats que nous avons obtenus par l'emploi d'un vaccin antistaphylococcique à forte concentration, préparé suivant la technique de notre Maître, M. le Dr Demonchy.

Accessoirement, au cours de ce travail, nous avons cherché d'une part à préciser la fréquence relative du staphylocoque, du streptocoque, du bacille pyocyanique dans les collections suppurées, et, d'autre part, à sélectionner les souches de staphylocoque convenant le mieux à la préparation du vaccin.

L'expérience déjà longue que nous avons acquise du vaccin antigonococcique Demonchy nous a permis de préciser très rapidement la *posologie* du vaccin antistaphylococcique.

Nous avons traité et recueilli les observations de deux séries de malades atteints de staphylococcies

diverses : une première série a été traitée par les moyens externes habituels (298 observations); la deuxième série à la fois par les traitements externes et la vaccinothérapie (348 observations). Nous opposerons les résultats obtenus dans chaque série et indiquerons les diverses modalités évolutives que fait apparaître la vaccinothérapie antistaphylococcique à forte concentration.

Fréquence du staphylocoque dans les collections suppurées.

De nombreux travaux ont été publiés depuis la découverte du vibrion septique par Pasteur, sur la flore microbienne du pus des collections suppurées.

Les premiers travaux ont montré la multiplicité extrême des germes pyogènes :

Staphylocoque doré,

Streptocoque,

Tétragène,

Pneumocoque,

Colibacille,

Bacille de Friedlander,

Bacille pyocyanique,

Bacilles anaérobies : vibrion septique,

bacille fusiforme de Vincent,

bacillus ramosus,

bacillus foetidus,

bacillus perfringens, etc.

Rapidement, sous l'influence de l'antisepsie puis de l'asepsie, les bacilles anaérobies disparaissent et

l'on n'observe plus avec une très grande fréquence que :

le Staphylocoque,
le Streptocoque ;

et très rarement :

le Colibacille,
le Pyocyannique.

Au cours de la guerre, divers auteurs constatent la grande fréquence des pus à :

Staphylocoque,
Streptocoque,
Colibacille,
Pyocyannique,
Bacterium putidum (Philibert),
Bacterium fluorescens (Philibert),
Bacilles anaérobies : fusiforme de Vincent,
perfringens,
bellonensis,
œdematiens.

Si les divers auteurs ont signalé la présence d'anaérobies, c'est qu'ils avaient beaucoup plus en vue d'étudier la bactériologie du pus que celle des collections suppurées considérées isolément.

Depuis 1930, le streptocoque est isolé beaucoup plus rarement. Dans les septicémies en particulier, le staphylocoque est mis en évidence dans un plus grand nombre de cas.

Nous avons systématiquement prélevé les pus dans le but de sélectionner des souches de staphylocoques, en vue de la préparation du vaccin. Les pus ont toujours été prélevés aseptiquement, examinés au microscope et très souvent ensemencés directement avant tout examen microscopique. Les résultats de ces examens sont exposés dans le tableau n° I.

TABLEAU I.

Nature de la collection suppurée	Nombre d'examen de pus effectués	Staphylocoques	Streptocoques	Entérocoque	Pyocyanique
Furonculose	68	68			
Abcès tubéreux de l'aisselle.	41	41			
Anthrax	84	84			
Furoncle isolé	41	41			
Orgelets	10	10			
Panaris tourniole	35	35			
— sous-unguéal	30	30			
— pulpe	102	102			
— anthracoïde	19	19			
— face latérale	8	8			
Durillon forcé	10	10			
Phlegmon sous-aponévroti- que palmaire	15	15			
Phlegmon des gaines	5	5			
Adénite suppurée.....	8	8			
Abcès dentaire.....	12	12			
Phlegmon de l'amygdale .	10	10			
Abcès du sein	38	34	3		1
Abcès de la marge de l'anus.	6	5		1	
TOTAUX	542	537	3	1	1

Le streptocoque n'a été trouvé que dans trois abcès du sein, soit 1 fois sur 12 abcès du sein ou bien 1 fois sur 180 observations.

Le pyocyanique a été isolé par ponction d'un abcès du sein. Cette observation d'*abcès primitif du sein à pyocyanique* est à notre connaissance unique.

Nous voyons donc que, depuis 1931, époque à laquelle nous avons commencé ce travail, le staphylocoque est rencontré dans le pus des collections suppurées dans 99 % des cas (537-542). C'est dire qu'en présence de toute collection suppurée, on devra mettre en œuvre systématiquement la vaccination anti-staphylococcique.

Cette vaccination peut être faite par des vaccins à faible dose ou des vaccins à forte concentration.

Nous n'avons pas voulu reprendre les études faites depuis Wright sur la vaccinothérapie anti-staphylococcique avec des vaccins à faible dose. Il est en effet admis que ces vaccins, habituellement lysés, provoquent l'apparition d'accidents locaux et généraux assez intenses, obligeant parfois le malade à s'aliter et qu'en tout cas ces inconvénients ne sont point rachetés par une efficacité thérapeutique constante.

Les autovaccins donnent des résultats intéressants à la concentration de 4 à 6 milliards de germes par centimètre cube de vaccin, mais très fréquemment encore leur injection détermine l'apparition de fièvre, de courbature, de céphalée, d'un véritable état grippal. Ils ne peuvent être préparés que pour un petit nombre de malades en raison de leur prix.

Le Moignie, Sézary et Demonchy ont montré dès 1918 les avantages obtenus par l'emploi de vaccins à haute concentration : efficacité supérieure, absence pratiquement complète de réaction locale et générale.

Les résultats plus probants de la vaccination à dose élevée ont incité notre Maître M. le Dr Demonchy à préparer un vaccin anti-staphylococcique homologue de son vaccin anti-gonococcique.

Préparation du vaccin anti-staphylococcique du Dr Demonchy.

La préparation du vaccin anti-staphylococcique que nous avons utilisé s'effectue suivant la méthode générale de préparation des vaccins à haute concentration du Dr Demonchy. Nous en rappellerons rapidement les diverses phases.

Les souches de staphylocoques que nous définirons plus loin sont ensemencées sur gélose ordinaire en boîtes de Jouan.

Les boîtes sont mises à l'étuve à 37° pendant 24 heures.

En 24 heures, la récolte est en moyenne de 1 gr. 50 par boîte de Jouan.

On lave ensuite les boîtes avec une solution de sulfate de magnésie à 10 p. 1000 (environ 30 cmc. par boîte).

L'émulsion, recueillie dans un ballon, est chauffée 1 heure à 60°, on laisse déposer 24 heures et on décante.

Le culot est centrifugé et pesé, on émulsionne alors le culot de centrifugation dans la solution de sulfate de magnésie à raison de 1 centigramme par centimètre cube.

On répartit le vaccin en ampoules et on tyndallise les ampoules 3 jours de suite à 60°.

On obtient ainsi un vaccin contenant 12 milliards de staphylocoques par centimètre cube.

Ce vaccin est stable ; le staphylocoque mort garde sa forme, ses affinités tinctoriales pendant des années et aussi ses propriétés thérapeutiques. C'est ainsi que des ampoules de vaccins de la série n° 1, scellées le 22 avril 1931, se sont révélées aussi actives en mars 1934 que pendant le 2^e trimestre 1931.

Choix des souches de staphylocoque.

Nous avons utilisé successivement trois séries d'ampoules de vaccin anti-staphylococcique du D^r Demonchy, numérotées I, II, III.

Série n° I.

La série n° I a été faite le 22 avril 1931, avec :

- 1 souche de staphylocoque citrin provenant d'une furonculose ;
- 3 souches de staphylocoques dorés isolés à partir d'anthrax.

De ces 4 souches, 3 d'entre elles étaient des souches assez anciennes, conservées depuis plusieurs mois dans un laboratoire. La dernière seule a été isolée par nous, c'est la souche P 10 c.

Le 20 janvier 1932, on prépare un nouveau lot d'ampoules. On rejette les souches anciennes pour n'employer que la souche P 10 c et 2 autres souches que nous avons isolées : la souche P 11 et la souche 10 a. Ce deuxième lot de la série n° I donne des résultats sensiblement supérieurs à ceux du premier. Les 10 premières observations concernent le premier

lot : les 80 observations suivantes le deuxième lot d'ampoules.

Série n° II.

Aux souches précédentes nous ajoutons une souche de staphylocoque doré provenant d'un impétigo avec manifestations lymphangitiques considérables (obs. 99).

Série n° III.

La série n° III a été préparée à partir des souches P 10, P 11, 11 a, 99, auxquelles nous avons ajouté une souche de septicémie staphylococcique dite souche D.A.N.

OBSERVATION

D... Alice, 22 ans.

La malade, âgée de 22 ans, est prise brusquement de frissons avec élévation thermique à 40° et grosse altération de l'état général.

Le quatrième jour, on pratique une hémoculture qui montre la présence d'un *staphylocoque doré*.

Le sixième jour, apparaît un furoncle de la lèvre inférieure et un furoncle de la face dorsale du poignet.

L'état général s'altère rapidement, la température monte progressivement à 40°5, la malade meurt le neuvième jour.

Autopsie : Pas de détermination viscérale, utérus normal.

Nous espérons alors que des souches hyperviru-

lentes auraient un pouvoir vaccinant supérieur à celui des staphylocoques de virulence moyenne. Il n'en est rien. Les résultats obtenus avec le premier lot de la série III ont été absolument identiques à ceux de la série II. Bien plus, nous avons préparé une série d'ampoules contenant uniquement du staphylocoque D.A.N. Injectées, ces ampoules, si elles ne paraissaient pas avoir d'influence sur le furoncle ou l'anthrax en évolution, entraînaient une réaction générale intense, faite non point de fièvre, mais de *lassitude*, de *malaise général*, d'*amaigrissement rapide*.

Cette souche D.A.N. a donc cessé d'être employée pour la préparation des lots ultérieurs de la série III.

D'autres souches ont été isolées par nous : souches 230, 235, qui seront employées dans les prochaines séries de vaccin antistaphylococcique du Dr Demonchy.

Résultats.

Dans cette partie de notre exposé, notre souci constant sera d'opposer les résultats obtenus pour des accidents staphylococciques semblables chez des malades traités avec ou sans vaccin. Ces deux séries de malades ont reçu le traitement externe classique nécessité par leur état. Toutes les fois qu'une incision s'est montrée nécessaire, nous l'avons effectuée.

La question des doses de vaccin à injecter a été pour nous l'une des plus importantes à résoudre. Nous avons été grandement aidés, en cela, par l'expérience que nous avons du vaccin antigonococcique Demonchy.

Au début, suivant la méthode habituellement préconisée, nous faisons, quelle que fût la phase de l'abcès, 1/4 de centimètre cube comme dose initiale pour tâter la susceptibilité du malade, puis 1/2, 3/4 et 1 centimètre cube.

Nous avons pu nous rendre compte que la réaction vaccinale n'est pas directement proportionnelle à la quantité de vaccin injectée, et que, sans inconvénient, on pouvait injecter 1/2 ou 3/4 de centimètre cube. Cette constatation nous a amené à modifier profondé-

ment la ligne de conduite que nous nous étions fixée tout d'abord.

Pour la commodité de l'exposé, nous décrirons successivement les résultats obtenus dans les staphylococcies de la peau et de ses annexes, des membres, et enfin des autres localisations.

I. — *Staphylococcies de la peau et de ses annexes :*

Furunculose,
Abscess tubéreux de l'aisselle,
Furoncle isolé,
Anthrax,
Orgelets,
Folliculites,
Impétigo,
Zona.

II. — *Staphylococcies des membres .*

Panaris érythémateux,
— sous-épidermique,
— sous-unguéal,
— de la pulpe,
— de la pulpe compliqués d'ostéite,
— anthracoïde,
— de la face latérale du doigt,
Durillon forcé,
Phlegmon sous-aponévrotique palmaire,
Phlegmon des gaines,
Adénite suppurée.

III. — *Localisations autres :*

Localisation bucco-pharyngée :

pyorrhée alvéolo-dentaire,
abcès dentaire,
phlegmon de l'amygdale.

Sein :

abcès du sein,
engorgement du sein,
mammite chronique,

Prostatite aiguë,

Abcès de la marge de l'anus.

Staphylococcies de la peau et de ses annexes.

A. — Furonculose.

Nous avons traité 42 malades atteints de furunculose par le vaccin, 26 autres malades par les traitements externes habituels.

Les 26 malades traités sans vaccin ont nécessité 1098 jours de traitement (tableau III), soit une moyenne de 42 jours de traitement par malade, alors que les 46 malades traités par le vaccin n'ont nécessité que 258 jours de traitement, soit 6 jours par malade.

La suppuration a été tarie en moyenne en 3 jours chez les malades traités par le vaccin, en 36 jours chez les autres.

Chez plusieurs des malades traités par le vaccin, la furunculose évoluait depuis des mois. Sur *terrain hyperglycémique*, même en dehors de tout traitement insulinique, le vaccin nous a permis d'obtenir d'excellents résultats, l'observation 55 en est un exemple.

TABLEAU II. — *Furunculoses traitées par le vaccin.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n°	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin
2	42 j.	—	4	6	5	I	6
3 a	6 mois	4	2	5	8	I	17
4	1 mois		5	8	8	I	8
5	1 mois		4	6	6	I	6
7	45 j.		3	7	4	I	7
8	2 ans		2	5	4	I	5
9	4 mois	1	2	5	4	I	5
36	2 mois		6	12	4	I	12
54	4 j.		2	3	3	II	4
55	2 mois		9	14	6	II	14
56	4 mois		4	6	4	II	6
62	30 j.		4	6	4	I	6
67	2 mois		2	4	5	II	4
76 a	5 j.		2	6	4	II	6
82	2 mois	1	2	5	3	II	6
84	1 mois	2	2	5	3	II	7
85	8 j.	2	2	4	2	II	6
87	15 j.		5	7	4	II	7
95	2 mois		4	6	5	II	6
96	1 mois		2	4	3	II	4
104	15 j.	2	3	5	3	III	7
119	6 mois		3	8	2	III	8
144	3 mois		7	12	4	III	12
145	7 j.		1	9	4	III	9
158	21 j.		8	10	5	III	10
166	18 mois		4	8	5	III	8
172	1 mois		1	2	4	III	2
180	6 mois	résorption	4	2	2	III	4
181	5 mois		2	6	3	III	6
201	2 mois		4	6	3	III	6

Observation no	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injection de vaccin	Série no	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin
205	21 j.		2	6	3	III	6
217	3 mois		6	8	3	III	8
219	6 mois		2	3	4	III	3
224	2 ans		3	5	3	III	5
228	1 an		2	7	7	III	7
230	3 j.		1	2	2	III	2
240	2 mois		5	7	4	III	7
253	15 j.		2	3	3	III	3
262	6 j.		4	6	3	III	6
275	21 j.		3	6	4	III	6
279	8 mois		4	6	3	III	6
291	45 j.		3	5	3	III	5
<i>Moyennes :</i>							
42			3	6	4		6

TABLEAU III. — *Furunculoses traitées par les pansements seuls.*

Observation no	Evolue depuis	A suppuré	Durée depuis le 1 ^{er} traitement
10 b	3 j.	61	67
69	8 mois	12	15
72	6 mois	28	32
91 a	2 j.	29	32
97	6	18	24
99 a	1 mois	4 mois 1/2	5 mois
101	1 mois	50	60
107	4 mois	52	60
109	15 j.	43	45
118	4 j.	18	19
127	4 j.	17	21
128	1 mois	90	94

Observation n ^o	Evolue depuis	A suppuré	Durée depuis le 1 ^{er} traitement
140	7 j.	32	35
150 a	18 j.	42	44
150 b	1 mois	57	60
152 a	7 j.	7	12
156 a	15 j.	33	35
157	60 j.	30 j.	33
175 a	4 j.	12 j.	14 j.
189	7 j.	39	42
207	1 mois	37	41
215	3 j.	16	18
227	42 j.	21	24
230	15	29	32
234	22	17	19
244	30	27	30
<i>Moyennes :</i>			
	26		42

Chez 3 de nos malades, les poussées de furunculose étaient rythmées par les *règles*. 3 à 4 injections de vaccin ont suffi dans chaque cas à enrayer l'évolution de la furunculose (obs. 93, 219, 279). Il ne nous paraît pas inutile de rappeler que, dans divers travaux sur l'index opsonique, French, Allen signalent qu'un jour ou deux avant l'apparition des règles, on observe une chute très marquée du pouvoir opsonique; celui-ci ne reprend sa valeur primitive que 2 à 3 jours après les règles. Ce fléchissement de l'index opsonique s'observerait également chez les femmes non infectées par le staphylocoque (1).

1. R.-W. Allen : *Vaccine Therapy and the opsonic method of treatment*. Lewis, London.

B. — **Abcès tubéreux axillaire.**

L'étude des tableaux IV et V montre que, s'il a fallu 582 jours de traitement pour les 20 malades traités par les pansements seuls, soit 29 jours de traitement par malade, 161 jours ont suffi à 23 malades traités par le vaccin et les pansements, soit 7 jours de traitement par malade. De plus, dans 2 cas sur 23, la vaccinothérapie a permis d'obtenir la résorption des abcès.

TABELAU IV. — *Abcès tubéreux axillaires traités par le vaccin.*

Observation no	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A supprimé	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série no	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
1	15 jours	3	4	7	10	I	10	25
3 a	6 mois	4	2	6	8	I	17	
3 b	15 jours	1	3	6	5	I	6	21
14	7	1	2	5	4	I	6	13
28	1 mois		7	10	5	I	10	41
30	15	4	6	10	4	I	14	29
40	9		12	17	8	I	17	26
65	3 mois	résorption		3	1	I	3	
107	20	2	2	5	2	III	7	27
113	4	4	2	4	5	III	8	12
114	8	6	1	4	4	III	11	19
120	4	2	2	12	4	III	14	18
133	3	2	1	3	5	III	8	11
146	4		4	8	4	III	8	12
161	60	résorption		6	3	III	6	66
206	6		2	6	3	III	6	12
218	60		4	7	3	III	7	67
224	2 ans		3	5	3	III	5	
227	21		8	10	7	III	10	31
238	15		3	5	3	III	5	20
243	60		4	8	3	III	8	
247	6	1	2	6	2	III	7	13
297	10		5	8	3	III	8	18
<i>Moyennes :</i>								
23		1	3	7	4		8	

TABLEAU V. — *Abcès tubéreux axillaires
traités par les pansements seuls.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
—	—	—	—	—	—	—
20 <i>a</i>	4	2	38	40	42	46
22	5		35	38	38	43
23 <i>a</i>	8	2	80	90	92	100
23 <i>b</i>	19		35	38	38	57
24	5		17	19	19	24
28	8	1	4	8	9	17
41	8		3	7	7	15
58	3	3	12	15	18	21
94	3	2	19	22	24	27
111	8		14	20	20	28
131	3		27	30	30	33
142	6	2	10	13	15	21
150 <i>c</i>	8		115	120	120	128
154 <i>a</i>			55	60		60
163 <i>a</i>	5	1	4	8	9	14
167	4	2	42	47	49	53
186	8		26	34	34	42
202	5	3	12	19	22	27
212	29		34	41	41	70
224	7	1	10	14	15	22
<i>Moyennes :</i>						
20		1	29	34	35	

C. — Furoncle isolé.

Nous avons traité 45 malades atteints de furoncles isolés, 24 par le vaccin, 21 par les pansements seuls. Sur les 24 malades traités par le vaccin, nous avons obtenu 5 résorptions en 3 jours, chez les autres

malades le furoncle s'est cicatrisé en 4 jours et n'a pas suppuré plus de 36 heures.

Les furoncles traités sans vaccin ont suppuré pendant 6 jours et ne sont pas cicatrisés avant le 9^e jour.

La durée évolutive totale des furoncles a été en moyenne de 9 jours dans les cas traités par le vaccin, de 15 jours dans ceux traités par les pansements seuls.

TABEAU VI. — *Furoncles isolés traités par le vaccin.*

Observation n ^o	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n ^o	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
10	3	résorption		4	3	I	4	7
23	5	1	1	3	3	I	4	9
27	5	1	1	2	2	I	3	8
46	2		2	4	3	II	4	6
52	8	1	1	3	3	II	4	12
68	3	1	2	3	1	II	3	6
85	3	1	2	5	2	II	6	9
86	3	1	1	3	2	II	4	7
89	8	2	2	7	5	II	9	17
91	3		2	4	4	II	4	8
105	2	résorption		2	1	III	2	4
109	3	1	1	1	1	III	3	6
123	8	2	6	8	3	III	10	18
135	3	1	1	6	3	III	7	10
152	5	1	2	6	3	III	7	12
194	5	résorption		3	2	III	3	8
198	7		1	4	3	III	4	11
207	3	1	2	3	3	DAN	3	6
208	2	résorption		2	2	III	2	4
209	4	1	4	6	2	III	7	11
236	4	2	1	3	2	III	5	9
251	3	2	1	2	2	III	4	7
295	3	résorption		3	2	III	3	6
304	4	1	3	5	2	III	6	10
<i>Moyennes :</i>								
24	4	1		4	3		5	9

TABLEAU VII. — *Furoncles isolés traités par les pansements seuls.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
—	—	—	—	—	—	—
46	5	1	5	8	9	14
53	4	2	7	12	14	18
73 <i>a</i>	4	4	4	7	11	15
73 <i>b</i>	6	1	6	10	11	17
80	4		9	12	12	16
85 <i>b</i>	3	2	8	10	12	15
91 <i>b</i>	2	3	5	7	10	12
93	3	4	2	5	9	12
95	1	4	3	8	12	13
105 <i>b</i>	4	2	6	9	11	15
125	2	1	3	6	7	9
136	4		6	8	8	12
140 <i>b</i>	2	4	7	11	15	17
158 <i>a</i>	4	3	6	8	11	15
158 <i>b</i>	5	2	8	11	13	18
173	5	1	6	9	10	15
188	6		7	11	11	17
199	4	2	5	9	11	15
229	2	3	9	14	17	19
233	3	3	3	7	10	13
242	4	2	5	8	10	14
<i>Moyennes :</i>						
21	4	2	6	9	11	15

D. — Anthrax.

Nous avons traité 86 anthrax de différente gravité. Nous avons cru pouvoir les classer en deux catégories d'après leur diamètre.

a) ANTHRAX DONT LE DIAMÈTRE MAXIMUM
A ÉTÉ INFÉRIEUR A 10 CENTIMÈTRES.

Le vaccin nous a permis d'obtenir la résorption d'un anthrax. 33 anthrax traités par le vaccin n'ont nécessité que 235 jours de traitements soit 7 jours par malade.

Les anthrax traités par les pansements ont, eux, nécessité 771 jours de traitement, soit 22 jours par anthrax.

La durée évolutive totale a été respectivement de 12 jours et de 27 jours.

TABEAU VIII. — *Anthrax de diamètre inférieur ou égal à 90 mm. traités par le vaccin.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré pendant	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n°	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale	Diamètre maximum atteint par l'anthrax
16	6	1	4	6	3	I	7	13	80
29	10		2	4	2	I	4	14	40
32	7	2	2	3	3	I	5	12	80
37	10	1	4	6	5	I	7	17	60
39	4		8	12	5	II	12	16	80
53	5	2	2	6	4	II	8	13	70
60	3		2	6	4	II	6	9	50
74	5	2	4	6	3	I	8	10	80
76 <i>b</i>	4	2	2	4	3	III	6	10	80
77	4	1	3	5	3	II	5	9	60
78	4	2	2	4	3	II	6	10	90
83	10	1	2	7	5	II	8	18	80
103	3		2	7	2	III	7	10	40
108	8		4	8	2	III	8	16	80
110	5		4	8	2	III	8	13	80
131	3		4	8	2	III	10	13	60

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A supprimé pendant	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n°	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale	Diamètre maximum atteint par l'anthrax
149	15		3	7	2	III	7	22	80
153	8		3	6	3	III	6	14	80
155	3	2	2	4	4	III	6	9	80
157	3	3	1	2	3	III	5	8	60
163	15		4	10	4	III	10	25	80
178	2	résorp. en 7 j.			3	III	7	9	
184	2	2	2	9	3	III	11	13	70
191	4	2	1	5	3	III	7	11	80
211	6	3	2	4	3	III	7	13	90
214	3		3	6	3	III	6	9	90
241	4	2	2	5	3	III	7	11	60
244	5	1	2	4	3	III	5	10	80
261	3	2	2	5	3	III	7	10	80
263	2	3	1	3	3	III	6	8	70
270	5	2	3	6	3	III	8	13	90
274	4		4	8	3	III	8	12	70
296	3	2	2	5	3	III	7	10	80

Moyennes :

33	5	1	2	6	3		7	12	
----	---	---	---	---	---	--	---	----	--

TABLEAU IX. — *Anthrax dont le diamètre maximum a été inférieur ou égal à 90 mm., traités par les pansements seuls.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A supprimé	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale	Diamètre maximum atteint par l'anthrax
2	5	1	10	13	14	19	50
14	5	2	16	24	26	31	80
17 a	4	7	14	18	25	29	80
19	5	3	8	23	26	31	80

Observation. n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A supprimé	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale	Diamètre maximum atteints par l'anthrax
25	5	2	17	26	28	33	50
29	8	1	10	14	14	22	50
32	4	1	10	14	15	19	50
38	10	4	5	24	28	38	80
52	5		12	20	20	25	90
57	28		11	16	16	44	60
59	6	2	15	18	20	26	90
63	6		3	10	10	16	50
66	8	4	11	18	26	34	70
90	6	1	17	30	31	37	80
98	7	2	16	24	26	33	90
102	3		13	29	29	32	40
109 <i>b</i>	4	2	15	26	28	32	80
122	4	1	8	17	18	22	50
123	4	2	10	18	20	24	60
140 <i>c</i>	4	3	15	23	26	30	80
140 <i>d</i>	5	3	17	27	30	35	90
141	4	3	14	17	20	24	70
145	5		7	12	12	17	50
147	2	1	10	16	17	19	80
155 <i>a</i>	3	2	7	10	12	15	50
161	5	3	12	19	22	27	50
165	4	4	17	22	26	30	80
170	5	2	20	26	28	33	80
194	3	4	12	17	21	24	60
205	2	4	10	17	21	23	60
209	4	2	14	23	25	29	70
211	6	1	12	17	18	24	60
226	3	3	15	19	22	25	50
237	5	2	23	28	30	35	90
246	4	1	18	24	25	29	80
<i>Moyennes :</i>							
35	5	2	10	20	22	27	

TABLEAU X. — *Anthrax dont le diamètre maximum a été supérieur à 90 mm., traités par le vaccin.*

Observation n ^o	Evolve depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n ^o	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale	Diamètre maximum atteint par l'anthrax m/ m
11 a	5	2	3	8	4	I	10	15	100
11 b	36 h.	2	3	7	4	I	9	11	120
20	10		4	12	4	I	12	22	200
34	7	2	1	3	2	I	5	12	100
101	8		6	10	4	II	10	18	100
102	5	1	2	6	4	II	7	12	120
215	3		3	7	2	III	7	10	
216	21	ponct. résorpt.	8 j.	3	III		8	29	
277	3	3	2	7	4	III	10	13	120
288	5	2	3	10	3	III	12	17	150

Moyennes :

10	8	1	3	8	3		9	17	
----	---	---	---	---	---	--	---	----	--

TABLEAU XI. — *Anthrax dont le diamètre maximum a été supérieur à 90 mm., traités par les pansements seuls.*

Observation n ^o	Evolve depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale	Diamètre maximum atteint par l'anthrax
10 c	4	10	22	27	37	41	100
11	10	5	25	57	62	72	100
49	8	3	15	18	21	29	100
61	10	2	19	27	29	39	100
83 b	8	2	45	60	62	70	200
100	8	2	14	22	24	32	100
130	4	3	18	23	26	30	200
143 a	5	2	46	53	55	60	200

Moyennes :

8	7	3	25	35	38	45	
---	---	---	----	----	----	----	--

b) ANTHRAX DONT LE DIAMÈTRE MAXIMUM A ÉTÉ SUPÉRIEUR
OU ÉGAL A 10 CENTIMÈTRES.

Sur 8 malades traités par les pansements seuls, les anthrax évoluaient lors du premier traitement depuis 7 jours; en moyenne, l'ouverture spontanée s'est produite en 3 jours ; les anthrax ont suppuré pendant 25 jours et ne se sont cicatrisés qu'en 35 jours. C'est dire qu'ils ont nécessité 38 jours de traitement et que leur évolution a demandé 45 jours en moyenne (tableau XI).

Sur les 10 malades traités par le vaccin (tableau X) nous avons obtenu dans un cas (observation 216), la résorption après ponction. Lors du 1^{er} vaccin, les anthrax évoluaient également depuis 7 jours, l'ouverture spontanée a semblé être hâtée par le vaccin puisqu'elle s'est produite en 1 à 2 jours après la 1^{re} injection. Ces anthrax n'ont suppuré que 3 jours, leur cicatrisation n'a demandé que 8 jours. Ils n'ont nécessité que 9 jours de traitement.

L'allure évolutive de tel anthrax est bien marquée par l'observation 11 b.

E. — Orgelets.

La vaccination a permis dans 2 cas (obs. 31, 250) sur 5 d'obtenir la résorption d'orgelets. Ces cinq cas ont nécessité en moyenne 3 jours de traitement (tableau XII).

Les orgelets, traités par les applications de pommade à l'oxyde jaune au 1/100, ont nécessité en

moyenne 8 jours de traitement, comme le montre la lecture du tableau XIII.

TABLEAU XII. — *Orgelets traités par le vaccin.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A supprimé	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n°	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
5	3	2	1	2	5	I	4	7
31	4	résorpt.		2	1	I	2	6
145	4	1	1	2	4	III	3	7
250	1	résorpt.		36 h.	1	III	1	2
301	5		1	3	2	III	3	8
<i>Moyennes :</i>								
5	3			2	2		3	6

TABLEAU XIII. — *Orgelets traités par des antiseptiques.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A supprimé	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
107 <i>b</i>	2	1	2	3	4	6
107 <i>c</i>	2	1	4	5	6	8
111 <i>b</i>	2	2	1	2	4	6
112	4	1	1	3	4	8
160	21	1	17	20	21	42
187	2	2	7	9	11	13
216	4	1	5	7	8	12
<i>Moyennes :</i>						
7	5	1	5	7	8	13

F. — Folliculites.

Les folliculites staphylococciques se sont révélées très sensibles à l'action du vaccin, particulièrement à celle des séries II et III ; les poussées de folliculite

ont nécessité en moyenne 7 jours de traitement (obs. 282).

Les antiseptiques classiques (eau d'Alibour, crème d'Alibour, pommade à l'oxyde jaune) n'ont permis d'obtenir la guérison qu'après 28 jours de traitement.

TABLEAU XIV. — *Folliculites staphylococciques traitées par le vaccin.*

Observation no	Evolue depuis	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série no	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
4	31	6	9	8	I	9	40
33	15		15	4	I	15	30
85	8	4	6	2	II	6	14
86	4	2	4	2	II	4	8
175	5	4	6	4	III	6	11
249	8	3	6	3	III	6	14
282	5	4	5	4	III	5	10
<i>Moyennes :</i>							
7	11	3	7	3		7	18

TABLEAU XV. — *Folliculites staphylococciques traitées par les pansements seuls.*

Observation no	Evolue depuis	A suppuré	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
70	5	32	35	35	40
91 <i>b</i>	6	27	29	29	35
172 <i>a</i>	5	19	22	22	27
181	3	22	25	25	28
206	6	36	38	38	44
217	10	20	22	22	32
231	12	30	33	33	45
240	6	24	26	26	32
<i>Moyennes :</i>					
8	6	26	28	28	34

G. — Impétigo staphylococcique.

Les impétigos staphylococciques ont été très rapidement guéris par le vaccin; sur 5 cas, la terminaison a été obtenue en moyenne en 7 jours de traitement, alors que 7 impétigos témoins nécessitaient 22 jours de traitement.

TABLEAU XVI. — *Impétigos staphylococciques traités par le vaccin.*

Observation n°	Evolue depuis	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n°	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin
5	31	11	6	I	11
99	8	5	4	II	5
255	6	6	4	III	6
273	15	8	4	III	8
278	8	6	3	III	6
<i>Moyennes :</i>					
5	13	7	4		7

TABLEAU XVII. — *Impétigos staphylococciques traités par le vaccin.*

Observation n°	Evolue depuis	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement
172 b	15	17	17
177	21	19	19
200	8	26	26
221	15	12	12
238	60	24	24
249	8	27	27
251	15	27	27
<i>Moyennes :</i>			
7	20	22	22

H. — Zona.

De nombreux travaux ont récemment montré l'efficacité de la vaccination anti-staphylococcique dans le traitement du zona. Nous avons traité par le vaccin anti-staphylococcique Demonchy deux cas de zona : un cas de zona intercostal (obs. 231), un cas de zona ophtalmique (obs. 234).

Dans les 2 cas, dès la 3^e injection de vaccin, les douleurs ont cessé complètement et ce, malgré l'âge d'un de nos malades, 86 ans.

I. — Eczéma dysidrose et staphylococcie.

A. ECZÉMA ET FURONCULOSE.

Dans six cas, une poussée d'eczéma a précédé ou accompagné une poussée de furonculose (obs. 67, 72, 158, 201, 235, 275).

Dans l'observation 201, il s'agit d'un eczéma localisé à la face, au cuir chevelu, à la nuque, infecté secondairement.

Les cinq autres observations sont beaucoup plus intéressantes par la localisation de l'eczéma et par l'échec des traitements désensibilisants dans les cas où la poussée d'eczéma a précédé celle de furonculose.

Dans les observations 67, 72, 158, 235, 275, les plaques d'eczéma étaient localisés au voisinage des furoncles sur un même territoire lymphatique.

Dans les observations 235 et 275, l'eczéma ayant

précédé la furonculose, nous avons observé l'échec de l'autohémothérapie et de l'hyposulfite de soude à 10 % intra-veineux. Bien plus, dans l'observation 235, les injections d'hyposulfite provoquaient une extension considérable des placards d'eczéma. Ce n'est que par la vaccinothérapie antistaphylococcique que nous avons pu obtenir la guérison et de l'eczéma et de la furonculose.

Dans ces conditions, nous ne croyons pas que le vaccin a agi comme agent de choc peptonique. En effet, dans l'observation 275, nous avons observé un échec de l'autohémothérapie : moyen de choc peptonique préconisé à la fois pour l'eczéma et conseillé par Ravaut contre la furonculose.

Nous croyons que dans ces cas le vaccin a vraiment une action spécifique non seulement sur la furonculose mais aussi sur l'eczéma localisé au voisinage même des furoncles. L'origine staphylococcique de certains eczémas est admise ; ce serait une éventualité très rare.

B. — DYSIDROSE ET STAPHYLOCOCCIE.

Dans l'observation 212, une poussée de dysidrose aux deux mains a précédé l'apparition d'un phlegmon de la gaine du tendon fléchisseur du médius gauche. L'examen bactériologique du pus contenu dans les vésicules de dysidrose a montré la présence d'un staphylocoque. En l'absence de tout traitement local, la dysidrose a complètement et très rapidement guéri par la vaccinothérapie, de même que le phlegmon.

II

Staphylococcies des membres.

Dans cette partie de notre travail nous allons successivement décrire les résultats que nous avons obtenu dans les différentes variétés de panaris, de phlegmons de la main, d'adénites suppurées.

A. — Panaris érythémateux.

Sur 4 cas de panaris érythémateux traités par le vaccin, nous avons obtenu dans tous les cas la disparition des accidents. Les pansements alcoolisés chauds n'ont pu obtenir que 3 résorptions sur 6 cas. Les premiers ont nécessité 3 jours de traitement en moyenne alors que les seconds ont demandés 5 jours de traitement.

TABLEAU XVIII. — *Panaris érythémateux traités par le vaccin.*

Observation no	Evoûe depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série no	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
144	2	résorption		2	2	III	2	4
156	3	résorption		2	1	III	2	5
246	2	résorption		3	2	III	3	5
281	2	résorption		4	3	III	4	6
<i>Moyennes :</i>								
4	2			3	2		3	5

TABLEAU XIX. — *Panaris érythémateux traités par les pansements chauds alcoolisés.*

Observation n ^o	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A supprimé	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
169	3	résorption		5	5	8
191	2	résorption		4	4	6
204	2	2	1	2	4	6
223	3	3	1	3	6	9
239	2	résorption		4	4	6
241	2	1	1	3	4	6
<i>Moyennes :</i>						
6	2	1	1	3	5	7

TABLEAU XX. — *Tournioles traitées par le vaccin.*

Observation n ^o	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A supprimé	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n ^o	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
—	—	—	—	—	—	—	—	—
38	2	1	2	6	3	III	7	9
58	5		3	8	4	II	8	15
70	6		3	5	3	II	5	11
73	4		2	4	2	II	4	8
90	6		2	10	4	II	10	16
126	3		7	12	4	III	12	15
134	3	2	2	5	2	III	7	10
140	3		1	2	1	III	2	5
151	4		1	4	2	III	4	8
159	1	2	1	2	3	III	5	6
168	5	1	1	2	1	III	2	7
179	4		4	11	3	III	11	15
186	6		1	2	2	III	3	9
196	4		3	6	3	III	6	10
258	5		2	5	2	III	5	10
280	4	1	1	4	2	III	5	9
300	3	2	2	4	3	III	6	9
<i>Moyennes :</i>								
17	4		2	5	2		6	10

B. — Panaris sous-épidermique.

Dix-sept cas deourniole traités par le vaccin ont nécessité 100 jours de traitement, soit 6 jours en moyenne par malade (tableau XX).

Dix-huit cas deourniole traités par les pansements seuls ont nécessité 187 jours de traitement, soit en moyenne 10 jours par malade (tableau XXI).

TABLEAU XXI. — *Tournioles traitées par les pansements seuls.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A supprimé	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
30	8		3	8	8	16
31	6		11	17	17	23
55	6		7	12	12	18
84	10		2	5	5	15
95 <i>b</i>	2	1	3	5	6	8
110	2	2	3	10	12	14
117	2	1	2	5	6	8
118 <i>a</i>	2	1	3	5	6	8
118 <i>b</i>	1	2	3	5	7	8
132	2	2	2	4	6	8
137 <i>a</i>	4	4	16	22	26	30
137 <i>b</i>	8		6	10	10	18
138	4	2	3	8	10	14
144	8		2	6	6	14
146 <i>a</i>	6	1	9	14	15	21
149 <i>a</i>	3	2	8	12	14	17
178	6	1	7	11	12	18
220	4	3	5	8	11	15
<i>Moyennes :</i>						
18	5	1	5	9	10	15

Grâce au vaccin, la 1^{re} série de cas n'a suppuré que 2 jours, alors que la 2^e série a suppuré 5 jours.

C. — Panaris sous-unguéal.

Plus intéressants sont les résultats obtenus sur les panaris sous-unguéaux. Traités par les pansements seuls, sur 18 cas, ces panaris ont suppuré 18 jours en moyenne et nécessité 24 jours de traitement (tableau XXIII).

TABLEAU XXII. — *Panaris sous-unguéaux traités par le vaccin.*

Observation no	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou avulsion de l'ongle	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série no	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	2	2	1	3	2	I	5	7
47	15		2	6	3	II	6	21
106	8		7	17	4	III	17	25
118	8		6	8	2	III	8	16
160	3		1	6	2	III	6	9
176	5		3	5	2	III	5	10
187	1	résorption		2	2	III	2	3
189	7	2	4	12	3	III	14	21
197	2		4	7	3	III	7	9
229	3	résorption		5	2	III	5	8
252	8		4	9	3	III	9	17
266	5	1	3	6	3	III	7	12
299	4	2	4	7	3	III	9	13
307	5	2	2	6	3	III	8	13
<i>Moyennes :</i>								
14	5	1	3	7	3		8	13

Pour les cas traités par le vaccin (tableau XXII, 14 observations), la suppuration n'a duré que 3 jours et les malades n'ont été traités que pendant 8 jours. La cicatrisation est donc particulièrement rapide 7 jours au lieu de 23 jours. Enfin, dans 2 cas : observations 187 et 229, nous avons obtenu la résorption du panaris.

TABLEAU XXIII. — *Panaris sous-unguéaux traités par les pansements.*

Observation no	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou avulsion de l'ongle	A suppuré	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
27	7		5	18	18	25
35	17		8	14	14	31
36	5		12	16	16	21
51	1		12	17	17	18
54	4	2	21	30	32	36
56	5		13	17	17	22
76	3	2	14	17	19	22
79	7		25	28	28	35
83 <i>a</i>	3	2	110	118	120	123
104	8		20	30	30	38
116	2	5	21	24	29	31
133	2	7	6	8	15	17
134	8		5	9	9	17
135	10	4	11	16	20	30
146 <i>b</i>	4	2	16	23	25	29
153	6		6	10	10	16
154 <i>b</i>	4	2	7	13	15	19
154 <i>c</i>	5	2	17	20	22	27
<i>Moyennes :</i>						
18	5	1	18	23	24	29

D. — Panaris de la pulpe.

Il nous a été possible de traiter et de suivre l'évolution d'un très grand nombre de panaris de la pulpe. Là encore nous avons réuni les observations de 2 séries de cas.

Dans 49 cas de panaris de la pulpe (tableau XXV) traités par les pansements seuls, nous n'avons jamais obtenu de résorption. Le traitement a été institué en moyenne au 5^e jour de l'évolution ; ces panaris ont suppuré en moyenne 25 jours et ont été cicatrisés en 31 jours. Le traitement a duré en moyenne 33 jours. Enfin, dans ces cas, les ostéites ont été relativement fréquentes, 16 cas sur 49 ; un des cas d'ostéite a été compliqué de phlegmon des gaines, observation P. 114.

Sur 48 cas traités par le vaccin, nous avons obtenu 5 résorptions. Ces 48 panaris évoluaient en moyenne depuis 5 jours. Ils ont suppuré 3 jours et leur cicatrisation a été obtenue en 8 jours. Ils n'ont nécessité que 9 jours de traitement. Quelle que soit leur gravité (obs. 188, 203), nous n'avons jamais observé d'ostéite.

Cette *absence de complications dans les cas vaccinés* s'oppose à la grande fréquence des ostéites dans les cas non vaccinés où elle atteint 16 cas pour 49, soit 32,6 %.

TABLEAU XXIV. — *Panaris de la pulpe traités par le vaccin.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n°	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale	Ostéites
17 <i>a</i>	5	2	1	4	3	I	6	11	
17 <i>b</i>	4	2	9	14	3	III	16	20	
18	1	résorpt.		2	1	I	2	3	
42 <i>b</i>	5	résorpt.		2	1	II	2	7	
48	5		4	10	4	II	10	15	
57	4		4	10	4	II	10	14	
61	3		3	8	3	II	8	11	
92	8		3	8	3	II	8	16	
94	1	3	2	3	4	II	7	8	
97	8	2	4	9	5	II	11	19	
98	15		3	15	4	II	15	30	
100	8		3	10	4	II	10	18	
117	15		15	20	3	III	20	35	
121	8		2	13	2	III	13	21	
125	4		2	11	4	III	11	15	
132	10		4	22	4	III	22	32	
136	3		3	7	2	III	7	10	
138	3	1	3	9	3	III	10	13	
142	8		4	10	2	III	10	17	
148	3		4	7	2	III	7	10	
164	3	3	7	11	3	III	14	17	
165	4	résorpt.		4	3	III	4	8	
167	4	résorpt.		5	1	III	5	9	
169	15	2	2	10	3	III	12	27	
171	6	4	6	10	3	III	14	20	
174	5		4	7	2	III	7	12	
177	3	2	2	7	3	III	9	12	
182	3		2	5	3	III	5	8	
185	4		6	14	3	III	14	18	
188	8		4	13	3	III	13	21	
190	4		2	6	3	III	10	14	
192	5		7	15	3	III	15	20	
193	6		5	13	3	III	13	19	
200	6		10	16	4	III	16	22	
202	8	2	2	6	3	III	8	16	
203	9		2	10	3	III	10	19	

Observation n ^o	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A supprimé	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n ^o	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale	Ostéites
204	6	1	2	5	2	III	6	12	
213	4		2	6	2	III	6	10	
226	7		1	5	3	III	5	12	
237	5	1	3	6	3	III	7	12	
256	4	2	2	5	3	III	7	11	
259	6		3	6	3	III	6	12	
267	3	résorpt.		4	2	III	4	7	
285	3	2	1	3	3	III	5	8	
294	4	2	4	8	3	III	10	14	
298	3	1	2	6	3	III	7	10	
302	7		3	7	3	III	7	14	
305	5	2	3	6	3	III	8	13	

Moyennes :

48	5	1	3	8	3		9	14	
----	---	---	---	---	---	--	---	----	--

TABLEAU XXV. — *Panaris de la pulpe
traités par les pansements seuls.*

Observation n ^o	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A supprimé	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale	Complications
1	3	1	24	27	28	31	
3	7		15	18	18	25	
4	7	2	33	38	40	47	
5	7		64	68	68	75	
6	3		15	24	24	27	
7	6	2	13	15	17	23	
12	4		27	30	30	34	Ostéite, désarticulation de 2 phalanges.
13	5	2	20	23	25	30	
33	7		25	38	38	45	
34	8		25	42	42	50	
37	5		43	61	61	66	Ostéite, désarticulation.
39	4		8	13	13	17	
40	8		17	23	23	31	
48	5	5	47	50	55	60	Ostéite, désarticulation.

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A supprimé	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale	Complications
65	4	3	58	68	71	75	Ostéite, désarticulation.
75	7		20	28	28	35	
77	5		33	41	41	46	Ostéite, désarticulation.
78	5	2	31	35	37	42	Ostéite, désarticulation.
85 a	5	1	6	9	10	15	
86	4	1	5	13	14	18	
88	2	4	17	22	26	28	
89	3	4	7	12	16	19	
96	3	1	14	20	21	24	
103	8	1	28	51	52	60	
106	6	1	12	21	22	28	
108	6	1	84	90	91	97	Ostéite, désarticulation.
113	6		60	64	64	70	Ostéite, désarticulation.
113 b	10		6	8	8	18	
114	10	2	47	55	57	67	Ostéite, désarticulation, phlegmon de la gaine radiale.
129	5	1	7	9	10	15	
143 b	4	2	8	10	12	16	
148 a	10		70	80	80	90	Ostéite, résect. partielle.
148 b	4	3	28	35	38	42	Ostéite, désarticulation.
151	8	3	5	11	14	22	
152 b	6	3	19	23	26	32	
152 c	4	4	20	24	28	32	
156 b	3	4	17	20	24	27	
156 c	3	2	12	15	17	20	
162	5	3	14	19	22	28	
168	6	2	52	70	72	78	Ostéite, désarticulation.
180	3	2	6	10	12	15	
185	6	4	36	48	52	58	Ostéite, désarticulation.
193	4	2	28	37	39	43	Ostéite, résect. partielle.
197	8	1	24	30	31	39	Ostéite, résect. partielle.
210	5	1	6	12	13	18	
228	2	5	9	13	18	20	
236	5	2	31	35	37	42	
243	2	4	17	22	26	28	
250	3	1	14	20	21	24	
<i>Moyennes :</i>							
49	5	2	25	31	33	38	

E. — Ostéites de la phalange.

Nous avons traité 10 cas d'ostéite de la phalange par le vaccin ; ces cas évoluaient depuis 7 à 60 jours. Dans 7 cas sur 9, la phalange a pu être conservée (tableau XXVI).

L'observation 147 est très instructive, elle montre en effet qu'une seule injection de vaccin est insuffisante pour vacciner un sujet et qu'au 30^e jour, une série d'injections de vaccin a permis de tarir la suppuration et de gratter la phalange sans suppuration interminable ultérieure.

TABLEAU XXVI. — *Ostéites de la phalange traitées par le vaccin.*

Observation n ^o	Evolve depuis	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n ^o	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale	Phalange
—	—	—	—	—	—	—	—	—
41	7	20	34	6	I	34	41	désarticulée
49	8	24	30	6	II	30	38	désarticulée
50	42	4	19	6	II	19	61	conservée
51	25	9	18	6	II	18	43	conservée
59	60	4	8	4	I	8	68	conservée
75	95	2	4	6	II	4	19	conservée
124	4 m.	1		4	III	17		
(Ostéite, vaccination pré-opératoire, réunion par première intention.)								
147	30	15	20	5	III	20	50	grattage
248	15	12	18	4	III	18	33	conservée
272	20	8	12	5	III	12	32	conservée
<i>Moyennes :</i>								
10				5				

Dans un cas d'ostéite (obs. 124) évoluant depuis 4 mois, la vaccination préopératoire nous a permis d'intervenir alors que la suppuration était tarie. La réunion de la plaie opératoire s'est faite par première intention.

F. — *Panaris anthracoïde.*

Les panaris anthracoïdes, traités par les pansements seuls, ont suppuré 11 jours et nécessité 19 jours de traitement (tableau XXVIII).

Les panaris traités par le vaccin ont suppuré en moyenne 3 jours et nécessité 13 jours de traitement (tableau XXVII).

TABLEAU XXVII. — *Panaris anthracoïdes traités par le vaccin.*

Observation n°	Évolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injection de vaccin	Série n°	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
43	3	—	4	18	3	I	18	21
66	8	1	3	11	4	II	12	20
95	7	—	2	6	3	II	6	13
128	3	9	4	18	3	III	27	30
139	3	2	2	10	3	III	16	15
143	3	2	4	12	3	III	14	18
150	3	—	2	8	3	III	8	11
173	6	1	7	13	3	III	14	20
269	2	3	2	5	3	III	8	10
287	3	2	3	7	3	III	9	12
<i>Moyennes :</i>								
10	4	2	3	11	3		13	17

TABLEAU XXVIII. — *Panaris anthracoides*
traités par les pansements seuls.

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Durée depuis le 1. ^{er} traitement	Durée totale
8	2	7	12	16	23	25
9	3	2	10	13	15	18
21	2	5	7	14	19	21
47	4	2	12	15	17	21
115	5	1	11	14	15	20
139	3	1	6	16	17	20
146 c	4	4	9	13	17	21
155 b	3	3	15	19	22	25
184	5	2	14	23	25	30
<i>Moyennes :</i>						
9	4	3	11	16	19	23

G. — Panaris de la face latérale des doigts.

Les panaris de la face latérale des doigts ont été isolés par nous, de façon peut-être arbitraire mais du point de vue anatomique comme du point de vue évolutif ces panaris peuvent être séparés des autres accidents suppurés des doigts. Ils s'accompagnent toujours de longues fusées purulentes qui, pour être incisées de bout en bout, nécessitent des incisions très longues comprises entre 3 et 5 centimètres, ce qui explique en partie la longueur de la cicatrisation.

Dans le tableau XXX, nous avons rapporté les résultats obtenus par les pansements seuls. Dans les traitements des panaris de la face latérale des doigts, ils suppurent en moyenne 21 jours, se cicatrisent en 27 jours et nécessitent 29 jours de traitement.

Des panaris absolument semblables traités par le vaccin n'ont suppuré que 4 jours, se sont cicatrisés en 11 jours, et n'ont nécessité que 12 jours de traitement (tableau XXIX).

TABLEAU XXIX. — *Panaris de la face latérale des doigts traités par le vaccin.*

Observation n°	Evolve depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n°	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
80	10	—	2	6	2	II	6	16
137	3	3	8	17	3	III	20	23
260	5	2	4	10	3	III	12	17
292	6	1	3	12	2	III	13	19

Moyennes :

4	6	1	4	11	3		12	18
---	---	---	---	----	---	--	----	----

TABLEAU XXX. — *Panaris de la face latérale des doigts traités sans vaccin.*

Observation n°	Evolve depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
10 a	8	2	14	18	20	28
81	4	4	12	16	20	24
121	6		33	41	41	47
159	4	5	26	32	37	41

Moyennes :

4	5	2	21	27	29	34
---	---	---	----	----	----	----

H. — Durillon forcé.

Les durillons forcés montrent également de grandes différences dans la durée évolutive des cas traités avec ou sans vaccin.

Traités par les pansements seuls 6 cas de durillons forcés ont suppuré en moyenne 5 jours, demandé 12 jours pour se cicatriser et 14 jours de traitement (tableau XXXII).

Traités par le vaccin, 4 cas de durillons forcés ont suppuré 2 jours en moyenne, se sont cicatrisés en 4 jours et n'ont demandé que 7 jours de traitement (tableau XXXI).

TABLEAU XXXI. — *Durillons forcés traités par le vaccin.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n°	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
—	—	—	—	—	—	—	—	—
79	3	—	2	4	2	II	4	7
129	4	9	1	4	4	III	13	17
239	4	2	2	4	3	III	6	10
268	4	1	2	5	3	III	6	10
<i>Moyennes :</i>								
4	4	3	2	4	3		7	11

TABLEAU XXXII. — *Durillons forcés traités par les pansements seuls.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
—	—	—	—	—	—	—
15	2	3	5	13	16	18
17 b	5	1	4	11	12	17
149 b	6		7	12	12	18
163 b	5	2	6	14	16	23
179	3	3	4	11	14	17
213	4	2	5	12	14	18
<i>Moyennes :</i>						
6	4	2	5	12	14	18

I. — Phlegmon sous-aponévrotique palmaire.

Les phlegmons sous-aponévrotiques palmaires se sont révélés toujours staphylococciques dans nos cas.

Traités par les pansements seuls, ils ont suppuré en moyenne 12 jours ; la cicatrisation a été obtenue en 20 jours ; 22 jours de traitement ont été nécessaires (tableau XXXIV).

L'emploi du vaccin a réduit à 4 jours en moyenne le temps de suppuration ; à 8 jours le temps de cicatrisation, à 9 le nombre de jours de traitement.

TABLEAU XXXIII. — *Phlegmons sous-aponévrotiques palmaires traités par les vaccins.*

Observation n°	Evolve depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n°	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	7		2	4	3	I	4	11
44	8	2	6	16	5	I	18	26
64	11		4	10	4	II	10	21
122	4		3	6	3	III	6	10
154	4	1	3	9	3	III	10	14
170	3	1	6	11	3	III	12	15
254	5	2	2	7	3	III	9	14
286	4	2	3	5	3	III	7	11
<i>Moyennes :</i>								
8	5	1	4	8	3		9	14

TABLEAU XXXIV. — *Phlegmons sous-aponévrotiques palmaires traités par les pansements seuls.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
16	7		16	28	28	35
18	3	1	10	17	18	21
26	4		10	17	17	21
74	4	4	16	24	28	32
87	5	3	14	20	23	28
124	2	3	6	16	19	21
201	3	2	12	19	21	24
<i>Moyennes :</i>						
7	4	2	12	20	22	26

I. — Phlegmons des gaines.

Dans 5 cas de phlegmons des gaines le germe trouvé a été le staphylocoque. Le pus du 6^e cas n'a pu être étudié au point de vue bactériologique car la vaccinothérapie nous a permis d'en obtenir la résorption (observation 13).

Les deux phlegmons des gaines incisés traités par le vaccin n'ont suppuré respectivement que 4 et 6 jours (tableau XXXV). La cicatrisation a été obtenue en 8 jours. L'emploi du vaccin nous a permis de faire une incision relativement courte au niveau du cul-de-sac palmaire, incision qui respecte évidemment l'intégrité des poulies tendineuses. Une suppuration ainsi écourtée n'altère pas la vitalité du tendon. La cicatrice n'adhère point au tendon.

Les phlegmons des gaines non traités par le vaccin ont, eux, nécessité des périodes très longues de traitement. Ils ont suppuré en moyenne 36 jours et nécessité 52 jours de traitement. Dans deux cas, la cicatrice adhérait au tendon.

TABLEAU XXXV. — *Phlegmons des gaines traités par le vaccin.*

Observation no	Evolue depuis	Incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série no	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
13	3	résorption		4	3	I	4	7
212	3		6	13	3	III	13	16
233	3	1	4	7	3	III	8	11
<i>Moyennes :</i>								
3	3		3	8	3		8	11

TABLEAU XXXVI. — *Phlegmons des gaines traités par les pansements seuls.*

Observation no	Evolue depuis	Incision	A suppuré	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
60	3	1	35	70	71	74
62	3		25	32	32	35
115 b	2		49	56	56	58
<i>Moyennes :</i>						
3	3		36	52	52	55

J. — Adénites suppurées.

Cinq observations d'adénites suppurées traitées par les pansements seuls ont suppuré en moyenne 13 jours et ont nécessité 22 jours de traitement (tableau XXXVIII).

Sur 4 cas d'adénite suppurée traités par le vaccin, nous avons obtenu une résorption. Les autres cas ont suppuré 2 jours en moyenne et demandé 7 jours de traitement (tableau XXXVII).

TABLEAU XXXVII. — *Adénites suppurées traitées par le vaccin.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n°	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
5	12	—	4	7	5	I	7	19
22	15	1	2	4	3	I	5	20
183	15	résorption	6	2	2	III	6	21
290	8	2	2	7	3	III	9	17
<i>Moyennes :</i>								
4	12	1	2	6	3		7	19

TABLEAU XXXVIII. — *Adénites suppurées traitées par les pansements seuls.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
82	8	5	5	12	17	25
92	10	5	12	21	26	36
166	6	4	17	23	27	33
192	12		15	19	19	31
196	8	3	14	17	20	28
<i>Moyennes :</i>						
5	9	3	13	18	22	31

III

Localisations diverses.

A. — Localisations bucco-pharyngées du staphylocoque.

1° *Pyorrhée alvéolo-dentaire* (1).

Divers cas de pyorrhée alvéolo-dentaire traités par des injections *locales* de 1/8 à 1/4 de centimètre cube de vaccin ont guéri en un laps de temps très court, 12 jours au plus. L'intervalle entre deux injections consécutives était de 4 jours. Ces résultats sont absolument remarquables. On sait en effet combien la pyorrhée alvéolo-dentaire est peu influencée par les divers antiseptiques ou les bouillons-vaccins.

Ces cas de pyorrhée alvéolo-dentaire sont les seuls dans notre étude où le vaccin a été injecté localement. La réaction générale consécutive à l'injection vaccinale ne présente pas de différences appréciables avec celle due à une injection sous-cutanée faite à distance. Elle serait peut-être plus précoce dans le 1^{er} cas.

1. Nous prions MM. les D^{rs} Dupau et Feuvrier de bien vouloir agréer nos remerciements pour les observations de pyorrhée alvéolo-dentaire, que grâce à eux, nous avons pu réunir.

2° *Abcès dentaires.*

Les abcès dentaires que nous avons traités étaient tous dus au staphylocoque doré.

Les cas traités par les moyens classiques ont suppuré en moyenne 7 jours et nécessité 12 jours de traitement (tableau XL).

Les cas traités par le vaccin ont suppuré en moyenne 2 jours, leur traitement a duré en tout 5 jours (tableau XXXIX).

TABLEAU XXXIX. — *Abcès dentaires traités par le vaccin.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n°	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
12	8	2	2	7	4	I	9	17
127	3	1	2	3	3	III	4	7
265	3	2	1	2	3	III	4	7
276	6	1	3	4	3	III	5	11
284	4	2	2	3	3	III	5	9
<i>Moyennes :</i>								
5	5	2	2	4			5	10

TABLEAU XL. — *Abcès dentaires traités sans vaccin.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
45	3	2	5	7	9	12
67	6		8	10	10	16
171	3	2	10	13	15	18
182	4	1	6	10	11	15
219	3	3	11	14	17	20
225	3	1	4	10	11	14
<i>Moyennes :</i>						
6	4	1	7	11	12	16

3° *Phlegmons de l'amygdale.*

Dans deux tiers des cas de phlegmon de l'amygdale traités par le vaccin nous avons obtenu la résorption en 4 jours en moyenne (tableau XLI).

TABLEAU XLI. — *Phlegmons de l'amygdale traités par le vaccin.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n°	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
24 a	4	2	1	2	3	I	4	8
24 b	2	résorption		5	3	I	5	7
25	5	résorption		3	2	I	3	8
111	1	1	1	2	2	III	4	5
210	4	résorption		5	3	III	5	9
242	3	résorption		4	3	III	4	7
Moyennes :								
6	3			3	3		4	7

TABLEAU XLII. — *Phlegmons de l'amygdale traités sans vaccin.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
43	8		3	8	8	16
50	6	3	4	9	12	18
119 a	5	1	2	3	4	9
119 b	5		1	3	3	8
119 c	7		2	4	4	11
119 d	4		2	3	3	7
119 e	6	2	3	5	7	13
120	6	1	1	3	4	10
<i>Moyennes :</i>						
8	6	1	2	5	6	12

Les cas traités par les gargarismes, les pulvérisations ont suppuré en moyenne 2 jours et nécessité 6 jours de traitement (tableau XLII).

TABLEAU XLIII. — *Abcès du sein traités par le vaccin.*

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n°	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
6	4	2	4	8	4	I	10	14
15	4	résorption		8	4	I	8	12
19	4	ponct. résorpt.		7	4	I	7	11
28	10	résorption		3	5	I	3	13
35	7		2	10	3	I	10	17
42	7	1	4	17	5	I	18	25
45	5	2	2	4	4	I	6	11
69	14		2	4	6	II	12	26
72	15	résorption		5	2	II	5	20
81	5	6	2	6	5	II	12	17
112	4	4	4	10	3	III	14	18
115	21	8	2	8	5	III	14	35
116	6	5	2	14	4	III	19	25
130	21	4	2	10	2	III	14	35
162	4	4	9	15	4	III	22	26
220 <i>b</i>	4		3	8	2	III	8	12
225	6		2	8	3	III	8	14
264	5	résorption		5	3	III	5	10
271	4	2	2	7	2	III	9	13
289	5	résorption		6	3	III	6	11
293	6	2	2	8	3	III	10	16
303	5	2	3	7	3	III	9	14
<i>Moyennes :</i>								
22	7	2	2	8	4		10	17

B. — Localisations mammaires du staphylocoque.

1° Absès du sein.

Nous avons pu réunir 40 observations d'abcès du sein staphylococciques. Nous avons déjà signalé que nous avons trouvé sur 44 cas d'abcès du sein, 3 cas d'abcès streptococciques et 1 cas d'abcès pyocyanique.

TABLEAU XLIV. — Absès du sein
traités par les pansements seuls.

Observation n°	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
20 <i>b</i>	8	2	13	19	21	29
42	6	3	4	9	12	18
44	10	1	6	9	10	20
64	10	1	12	16	17	27
126 <i>a</i>	6	2	14	18	20	26
126 <i>b</i>	3	1	3	6	7	10
164	7	2	15	19	21	28
175 <i>b</i>	6	3	6	11	14	20
183	5	3	8	15	18	23
190	6	1	5	12	13	19
195	5	2	9	13	15	20
198	7	1	12	14	15	22
203	4	5	6	10	15	19
208	6	3	10	14	17	23
218	3	4	8	13	17	20
222	10	1	4	9	10	20
232	8	1	6	12	13	21
248	5	3	5	11	14	19
<i>Moyennes :</i>						
18	6	2	8	13	15	21

Les abcès du sein traités par les pansements seuls ont suppuré 8 jours, se sont cicatrisés en 13 jours, leur traitement a duré 15 jours (tableau XLIV).

Les abcès du sein traités par le vaccin ont suppuré en moyenne 2 jours, se sont cicatrisés en 8 jours et n'ont nécessité que 10 jours de traitement. En outre, dans 5 cas, nous avons obtenu par le vaccin la résorption de l'abcès (tableau XLIII).

2° Engorgement mammaire.

Les engorgements du sein traités par le vaccin se sont résorbés en moyenne en 4 jours (tableau XLV).

Les cas traités par la compression, le tire-lait ont évolué vers la résorption dans 2/3 des cas. Un abcès s'est produit dans 1/3 des cas.

TABLEAU XLV. — *Engorgements mammaires traités par le vaccin.*

Observation n°	Evolue depuis	Mode évolutif	Nombre d'injections de vaccin	Série n°	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
—	—	—	—	—	—	—
63	5	résorption en 2 j.	1	I	2	7
195	4	— 4 j.	3	III	4	8
199	3	— 8 j.	4	III	8	11
257	6	— 3 j.	3	III	3	9
<i>Moyennes :</i>						
4	5	— 4 j.	3		4	9

TABLEAU XLVI. — *Engorgements mammaires
traités par les moyens habituels.*

Observation no	Evolue depuis	Mode évolutif	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
174	3	résorption en 6 j.	6	9
176	4	— 10 j.	10	14
214	3	abcès le 15 ^e j.	27	30
235	6	résorption le 5 ^e j.	5	11
245	5	abcès le 12 ^e jour	32	37
247	3	résorption en 7 j.	7	10
<i>Moyennes :</i>				
6	4		14	18

3° *Mammite chronique.*

L'étiologie infectieuse de la mammite chronique n'est point admise par tous les auteurs. Il nous semble cependant que dans bien des cas une infection atténuée à staphylocoques peut être à l'origine de la mammite chronique. L'ensemencement du sein peut se faire soit au cours d'une période de lactation soit par voie sanguine à l'occasion d'un accident staphylococcique ; le germe reste latent pendant des années avant de provoquer l'apparition de nodules douloureux. C'est ainsi que, dans les observations 88 et 283, les malades avaient eu 2 ans et 4 ans auparavant un engorgement du sein. Dans les trois autres cas, les malades nièrent tout accident de lactation ; l'une d'elles, observation 271, avait eu un panaris compliqué d'ostéite 4 ans auparavant, il ne nous semble pas illogique de voir là l'origine de son infection mammaire.

Dans 3 cas sur 5 (obs. 88, 222, 283), nous avons obtenu la résorption totale des nodules mammaires et de l'adénopathie concomitante.

Dans 2 cas sur 5 nous avons obtenu une résorption partielle. Après disparition de l'élément infectieux, nous avons constaté la persistance d'une tumeur lisse régulière, bien mobile. Extirpée (obs. 220), cette tumeur a fait l'objet d'un examen histologique : elle présentait tous les caractères classiques de l'adénome banal du sein.

C. — Prostatite aiguë.

Nous avons eu l'occasion de traiter un cas de prostatite aiguë à staphylocoque, dont la guérison a été obtenue très rapidement (obs. 314). Comme la presque totalité des prostatites aiguës, celle-ci est due à un traitement local urétral intempestif. Il est, de plus, admis que même dans les urétrites blennorragiques, les prostatites *aiguës* sont dues à une surinfection staphylococcique ; on devra donc dans ces cas associer la vaccinothérapie anti-staphylococcique à la vaccinothérapie antigonococcique, on pourra notamment utiliser le vaccin antidiplo-entéro-staphylococcique, préparé suivant la méthode de M. le Dr Demichy.

D. — Absès de la marge de l'anus.

Les absès de la marge de l'anus traités par le vaccin ont suppuré en moyenne 2 jours et demandé

5 jours de traitement (tableau XLVII). Les abcès traités par les pansements seuls ont suppuré 16 jours et nécessité en moyenne 25 jours de traitement (tableau XLVII).

TABLEAU XLVII. — *Abcès de la marge de l'anus traités par le vaccin.*

Observation n ^o	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Nombre d'injections de vaccin	Série n ^o	Durée depuis le 1 ^{er} vaccin	Durée totale
71	3	résorption	4	3	II	4	7	
232	4		3	4	III	6	10	
245	5	1	3	5	III	6	11	
Moyennes :								
3	4		2	4		5	9	

TABLEAU XLVIII. — *Abcès de la marge de l'anus, traités sans vaccin.*

Observation no	Evolue depuis	Ouverture spontanée ou incision	A suppuré	Cicatrisé en	Durée depuis le 1 ^{er} traitement	Durée totale
68	2	10	27	31	41	43
71	6	3	17	21	24	30
105	3	1	4	9	10	13
<i>Moyennes :</i>						
3	4	5	16	20	25	29

Discussion des résultats.

La simple lecture des résultats permet de se rendre compte d'une façon frappante des différences présentées dans les temps de suppuration, de cicatrisation, de traitement des malades traités avec ou sans vaccin.

La proportion est toujours comprise entre 1 à 2 et 1 à 10.

L'emploi du vaccin permet donc d'obtenir des résultats beaucoup plus rapides. Nous n'avons eu en vue jusqu'à présent que des caractéristiques *numériques* ; nous voudrions maintenant montrer les diverses modalités évolutives que nous avons observées par l'emploi du vaccin, ce sont :

- a) la résorption de la collection suppurée ;
- b) l'évolution dite en 2 temps ;
- c) l'évolution accélérée de la collection suppurée, ce qui est le cas le plus habituel, comme nous le montrerons ;
- d) l'évolution dite tumorale ;
- e) les réveils de foyers staphylococciques anciens.

A. — Résorption.

La résorption des collections suppurées profondes a été obtenue dans 14 % des cas. Le tableau XLIX

indique la fréquence des résorptions d'après les affections traitées.

Les doses initiales de vaccins injectées pour obtenir ces résorptions n'ont jamais dépassé 1/2 centimètre cube pour les séries I et II, 1/4 de centimètre cube pour la série III nous montrerons plus loin l'intérêt de cette constatation.

TABLEAU XLIX.

	Observation no
Furonculose	180
Abcès tubéreux de l'aisselle ...	65, 161
Furuncles isolés	10, 105, 194, 208, 295
Anthrax	178
Orgelets	31, 250
Panaris érythémateux	144, 156, 246, 281
Panaris sous-unguéal	187, 229
Panaris de la pulpe	18, 42 b, 165, 167, 267
Phlegmon des gaines	13
Adénite suppurée	183
Phlegmon de l'amygdale	25, 210, 242, 246
Abcès du sein	15, 28, 72, 264, 289
Engorgement mammaire	63, 195, 199, 267
Mammite chronique	88, 220, 221, 222, 283
Abcès de la marge de l'anüs	71

Dans 2 cas (obs. 19 et 216) la ponction de la collection suppurée a permis d'obtenir la résorption de l'abcès.

B. — Evolution dite en deux temps.

Dans 5 cas (obs. 55, 115, 128, 129, 216) nous avons eu une évolution en deux temps. Dans chaque cas il s'agissait d'un accident staphylococcique à la phase

congestive avec rougeur, gonflement, douleur, pas de fluctuation. Sous l'influence du vaccin la douleur disparaît, la rougeur des téguments diminue ; en quelques jours persiste seule une légère tuméfaction absolument indolore ; le plus souvent le malade se croit guéri et cesse de venir consulter. Quatre à cinq jours plus tard la tuméfaction persistant le malade se présente à nouveau, la tuméfaction est fluctuante. L'incision donne issue à quelques gouttes de sérosité louche la cicatrisation se produit en deux à trois jours.

En somme, après résorption apparente l'évolution se fait vers une suppuration pratiquement aseptique.

Il faudra suspecter l'évolution en deux temps lorsque la tuméfaction persistera après sédation des signes fonctionnels et disparition de la rougeur des téguments.

C. — Evolution accélérée.

La lecture des travaux de résultats montre que dans *tous les cas* quelle que soit l'affection traitée.

- 1° La phase de maturité de la collection suppurée a été hâtée ;
- 2° La suppuration a été écourtée des $\frac{4}{5}$ ou des $\frac{3}{4}$;
- 3° La cicatrisation s'est produite très rapidement beaucoup plus vite dans les cas traités sans vaccin ;
- 4° La durée du traitement a été toujours considérablement réduite.

La lecture des observations permet de mieux mettre en évidence ces caractères exolutifs. L'observation 11 *b* relative a un anthrax de 100 millimètres de diamètre va nous fournir tous les éléments de ce troisième mode évolutif :

OBSERVATION 11 *b*

L... François, 25 ans.

Le 14 juin, en faisant sa toilette, le malade constate une induration sous-cutanée exquisement douloureuse dans la région sous-hyoïdienne gauche.

Le 15 juin, trente-six heures après le début, l'induration s'est considérablement étendue, son diamètre est de 6 cm. Le malade n'a pu dormir en raison de la douleur spontanée, lancinante, pulsatile. On fait une injection de 1/2 cmc. de vaccin.

Le 16 juin, la douleur spontanée est beaucoup moins marquée, le sommeil a été possible, la tuméfaction atteint un diamètre de 12 cm. ; à son sommet, on constate la présence de plusieurs points jaunâtres. L'adénopathie cervicale a disparu.

Le 17 juin, les points jaunâtres observés la veille laissent sourdre une gouttelette de pus jaune paille bien lié.

Le 18 juin, au matin, la tuméfaction a diminué d'étendue et en faisant le pansement il est possible de vider l'anthrax du pus qu'il contient : pus verdâtre, bien lié, ne contenant pas de bourbillons. On fait 3/4 de cmc. de vaccin.

Le 19 juin, l'anthrax n'a plus qu'un diamètre de 2 cm. ; le pansement est à peine taché de pus.

Le 20 juin, le diamètre de l'anthrax est de 2 cm. On

constate que la plaie s'est comblée d'un tissu de granulation saignant facilement ; il n'y a plus d'induration profonde à la palpation.

Le 22 juin, on fait 1 cmc. de vaccin.

Le 25 juin, la plaie est complètement cicatrisée, épidermisée, les téguments ont repris leur souplesse.

Le 25 juillet, la cicatrice n'est ni pigmentée ni déprimée.

En somme dans cette observation :

- 1° La douleur locale a diminué considérablement quelques heures après la première injection de vaccin ;
- 2° L'insomnie a cessé dans la nuit qui a suivi la première dose de vaccin ;
- 3° Les phénomènes lymphangitiques ont diminué ;
- 4° L'adénopathie cervicale a disparu dans les deux premières heures ;
- 5° L'anthrax s'est ouvert 48 heures après la 1^{re} injection de vaccin soit 3 jours 1/2 après le début de l'anthrax ;
- 6° La suppuration a duré 3 jours. Le mode de suppuration s'est montrée tout à fait particulier puisque nous n'avons pas constaté la présence de bourbillons ;
- 7° La plaie s'est cicatrisée rapidement en 7 jours. Un tissu de granulation est apparu dès le lendemain du jour où l'anthrax a cessé de suppurer ;
- 8° La cicatrice est d'excellente qualité, souple, non pigmentée ;

9° La durée du traitement a été de 9 jours ;

10° L'évolution totale de l'anthrax n'a nécessité que 10 jours et demi.

Même dans les cas où nous avons commencé la vaccinothérapie, le jour de l'incision de la collection suppurée ou 2 à 3 jours après, la suppuration est écourtée et la cicatrisation accélérée. C'est ainsi que, dans l'observation 20, où nous avons commencé le vaccin 24 heures après l'ouverture d'un anthrax de la face externe du bras, nous avons obtenu la cicatrisation d'une plaque de sphacèle de 5 × 6 centimètres en 12 jours.

D. — Evolution dite tumorale.

Dans les cas où d'emblée nous avons fait une grosse dose de vaccin, dans des accidents staphylococciques à la période congestive, nous avons observé la persistance de la douleur, de la tuméfaction. La rougeur l'hyperthermie locale ont disparu. L'abcès apparaît alors pendant une période assez longue, 10-20 jours, sous forme d'une nodule bien limité, légèrement douloureux, sans réaction ganglionnaire. Au bout de 3 à 4 semaines, l'évolution se fait vers la constitution d'un nodule fibreux, dont le volume décroît très lentement (obs. 8, 30).

E. — Réveil de foyers staphylococciques latents.

Trois à cinq jours après la première injection de vaccin, nous avons observé fréquemment des réveils de foyers staphylococciques latents, cliniquement guéris depuis des années. Cette réactivation se traduit par une douleur peu intense, continue, avec légère induration et rougeur des téguments au niveau de la cicatrice d'un furoncle, panaris, anthrax ayant évolué bien souvent quelques années auparavant. En 24 à 48 heures, ces nodules douloureux disparaissent ; ils ne dépassent jamais la phase de congestion (obs. 11 a, 96, 99, 205, 282, 304).

Nous avons observé des réveils d'accidents staphylococciques en utilisant le vaccin anti-diplo-antéro-staphylococcique du D^r Demonchy.

Chez les malades qui ont reçu plusieurs séries de vaccin pour des accidents staphylococciques successifs (espacés de 7 à 8 mois), nous n'avons observé de réactivations qu'au cours de la première série.

F. — Spécificité du vaccin.

Le vaccin anti-staphylococcique que nous avons utilisé injecté cependant dès la phase congestive n'a aucunement influencé la marche de 4 abcès du sein, d'un abcès de la marge de l'anus. L'examen bactériologique du pus prélevé soit par ponction, soit après incision, a montré, comme nous l'avons déjà signalé,

3 fois la présence du streptocoque, 1 fois celle de l'entérocoque, 1 fois celle du bacille pyocyanique.

Le vaccin anti-staphylococcique du Dr Demonchy a donc une action spécifique et nous pouvons en conclure que chaque fois que nous avons obtenu la résorption d'une collection suppurée, cette dernière était bien due au staphylocoque.

G. — Immunité conférée par le vaccin.

Nous avons déjà montré à plusieurs reprises au cours de ce travail que le vaccin permet dans tous les cas d'obtenir la guérison d'un accident staphylococcique dans un délai maximum de 12 à 15 jours. Au cours de cette vaccination, avons-nous donné au malade un certain degré d'immunité vis-à-vis du staphylocoque ? Il ne le semble pas, car, pour un même laps de temps, les pourcentages de réinfection chez les malades vaccinés et les malades non vaccinés sont très voisins.

Pour une période de deux ans (1933-1934), les chiffres trouvés ont été les suivants :

Malades vaccinés.....	3 %
Malades non vaccinés.....	4 %

Pour notre part, nous n'avons pas cherché à prolonger la vaccinothérapie après la guérison du panaris ou de l'anthrax pour lequel le malade est venu nous consulter. Il s'agit en effet bien souvent d'accidents du travail qui, grâce à notre vaccination, vont pouvoir travailler à nouveau dès le 10^e ou le 12^e jour. Nous ne

nous sommes pas reconnu le droit de faire perdre au malade une dizaine de jours supplémentaires pour essayer d'obtenir un état d'immunité hypothétique.

Il nous suffit au point de vue pratique d'avoir démontré que grâce à 3 ou 4 injections de vaccin il nous est possible d'obtenir la guérison d'un accident staphylococcique quelconque.

Du seul point de vue financier, l'emploi du vaccin n'est pas sans intérêt, puisqu'il permet de réaliser de grosses économies de pansement, la suppuration étant considérablement écartée et la cicatrisation hâtée.

Posologie du vaccin anti-staphylococcique.

Nous avons déjà signalé qu'au début de ce travail, suivant en cela la méthode classique, nous faisons successivement 1/4, 1/2, 3/4, 1 centimètre cube de vaccin. Cette technique est à rejeter, car elle ne tient pas compte :

- 1° de la phase évolutive de l'abcès ;
- 2° de la réaction générale ;
- 3° de la réaction focale déterminée par l'injection de vaccin.

I. — Importance du stade évolutif de l'abcès.

Dans le chapitre précédent, nous avons signalé à plusieurs reprises les mauvais résultats obtenus par l'injection de trop fortes doses de vaccin (1/2 cmc.) lors de la phase congestive d'un abcès (évolution en 2 temps, évolution dite tumorale). La dose de vaccin à injecter ne doit donc pas dépasser 1/4 de centimètre cube dans ces conditions. En cas de poussée de furonculose, si un furoncle apparaît après la 2^e ou 3^e injection de vaccin, et que l'on continue les doses croissantes, on prolonge l'évolution de ce dernier furoncle.

II. — Importance de la réaction générale déterminée par l'injection de vaccin.

La tolérance des malades vis-à-vis des divers vaccins est très variable ; nous avons rappelé ailleurs avec notre Maître, M. le D^r Demonchy, que « le vaccin donne d'assez fortes réactions, par la technique classique, sur certaines races (Anglo-Saxons, Centre Europe, Roumanie). Le D^r Tran Tan Phat nous faisait part récemment de la même particularité pour les diverses races d'Extrême-Orient ».

Nous avons pu nous rendre compte cependant que, sur des sujets indemnes de toute atteinte tuberculeuse la réaction générale consécutive à l'injection de vaccin n'est pas directement proportionnelle à la quantité de vaccin injecté. Sans inconvénient, nous avons pu injecter d'emblée 1/2 ou 3/4 de centimètre cube, la réaction produite n'étant pas plus forte que celle que peut provoquer l'administration de 1/4 de centimètre cube de vaccin.

La réaction générale consécutive aux injections de vaccin n'a en général jamais été perçue par nos malades. Elle ne se traduit le plus souvent que par une élévation thermique de 3 à 4 dixièmes de degré. Cette poussée fébrile s'observe 24, 36 ou au plus tard 48 heures après l'injection de vaccin. Ce n'est que par des injections de 1 cmc. 1/2 ou 2 centimètres cubes que l'on observe des réactions générales tardives.

Chaque fois que nos malades ont accusé une légère

céphalée, de la courbature (environ 10 fois sur 1500 injections de vaccin), nous avons attendu le 3^e jour pour faire l'injection ultérieure.

Si pour des raisons de commodité pour le malade, nous avons dû faire le vaccin le 2^e jour, nous avons injecté une dose inférieure à celle précédemment administrée et nous avons conseillé au malade de prendre un comprimé de 50 centigrammes d'aspirine ou mieux un cachet de Rhoféine après l'injection.

L'intervalle entre 2 injections de vaccin doit être supérieur au temps exigé par la réaction générale pour se produire. Il sera de 2 jours pour les doses de vaccin inférieures à $\frac{3}{4}$ de centimètre cube, de 3 jours pour les doses égales ou supérieures à $\frac{3}{4}$ de centimètre cube.

Outre la réaction générale et la réaction focale, dont nous allons montrer plus loin tout l'intérêt, toute injection de vaccin est suivie d'une réaction locale, simple endolorissement au lieu d'injection. Parfois, lorsque le vaccin a été insuffisamment décanté, la réaction locale est plus intense : une nodosité sous-cutanée dure, douloureuse apparaît et se résorbe en 8 à 15 jours ; l'application de compresses d'eau chaude hâte la résorption de ces nodosités. Nous n'avons jamais observé d'hypertrophie ganglionnaire consécutive à une injection de vaccin anti-staphylococcique. L'intensité de la réaction locale n'est d'aucun intérêt pour la posologie du vaccin.

III. — Importance de la réaction focale consécutive à l'injection de vaccin.

Les conséquences focales de toute injection de vaccin devront être soigneusement étudiées.

A. — Accident isolé.

1^{er} CAS. — *Très rapidement en quelques heures on obtient une sédation des signes fonctionnels, en 24 heures lymphangite et adénopathie ont considérablement diminué ou même disparu.*

Cas le plus habituel. On peut continuer les injections de vaccin à doses croissantes jusqu'à la fin de la suppuration et continuer la dose maxima atteinte jusqu'à cicatrisation complète.

2^e CAS. — *Le vaccin a été injecté à petite dose dès la phase congestive, le 2^e jour la rougeur, les signes fonctionnels ont disparu, 2 éventualités.*

a) *La tuméfaction a également diminué.*

Nous pouvons prévoir l'évolution vers la résorption et augmenter les doses de vaccin.

b) *La tuméfaction persiste ou parfois a augmenté légèrement de volume.*

Dans ce cas nous pouvons craindre l'évolution en 2 temps, aussi devons-nous injecter de plus petites doses de vaccin.

B. — Furonculose.

1^{er} CAS. — *Le malade a une poussée de furonculose depuis un temps plus ou moins long. Après la 2^e injection de vaccin il n'est pas apparu de nouveau furoncle.*

Nous pouvons continuer et injecter le vaccin à doses croissantes.

2^e CAS. — *Chez le malade atteint de furonculose ou d'abcès tubéreux de l'aisselle apparaît après la 1^{re} ou la 2^e injection de vaccin un nouvel accident staphylococcique, 2 éventualités.*

a) *Le nouvel accident est localisé à une cicatrice ancienne de furoncle ou de panaris.*

Il s'agit d'une réactivation de foyer staphylococcique latent, nous pouvons continuer et augmenter les doses de vaccin.

b) *Le nouvel accident n'est pas localisé à une cicatrice ancienne.*

Il s'agit d'un nouvel élément de la poussée de furonculose. Nous devons éviter d'injecter de plus fortes doses de vaccin tant que ce dernier élément est à sa phase congestive, de façon à éviter pour lui l'évolution dite tumorale.

En somme, nous ne devons pas plus injecter des doses systématiquement croissantes de vaccin que de faire constamment la même dose, comme cela a déjà été conseillé pour d'autres vaccins.

Pour bien conduire la posologie du vaccin anti-sta-

phylococcique, nous devons toujours tenir compte :
de la phase évolutive de l'abcès,
de la réaction générale,
de la réaction focale consécutive à toute injection
de vaccin.

En conséquence :

En cas d'accident staphylococcique isolé :

1° Nous injectons au malade une dose initiale d'autant plus forte que la collection suppurée est plus près de sa phase de maturité ;

2° Nous injectons ensuite le vaccin à doses croissantes jusqu'à l'ouverture de la collection, nous répétons ensuite la dernière dose jusqu'à ce que la cicatrisation soit obtenue.

En cas de furonculose :

1° Nous faisons de petites doses (1/4 de cmc.) de vaccin jusqu'à ce que de nouveaux furoncles cessent d'apparaître (3 à 5 jours en moyenne) ;

2° Nous augmentons ensuite les doses de vaccin jusqu'à cicatrisation.

Il n'est pas superflu d'indiquer le lieu d'élection des injections du vaccin que nous avons utilisé.

Il devra être fait en injection *sous-cutanée* à 5 centimètres au-dessus et en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il est rigoureusement nécessaire d'avoir une aiguille assez longue pour traverser *complètement* le derme et injecter le vaccin en plein tissu cellulaire sous-cutané.

Observations.

OBSERVATION 8 (*Furonculose*)

D... Marcelle, 23 ans.

Antécédents : Basedowienne ayant eu depuis deux ans une cinquantaine d'orgelets et de nombreux abcès ou furoncles localisés à la face, à la nuque, aux lombes, à la face externe des cuisses. La malade a pris successivement de la levure de bière, des sels d'étain, de la tisane de bardane, de la tisane des cinq racines, de l'iodure de sodium.

Le 5 octobre, la malade a trois furoncles :

- a) un furoncle de l'aile du nez évoluant depuis une semaine ;
- b) un furoncle situé au voisinage de l'angle de la mâchoire inférieure gauche, ouvert depuis vingt-quatre heures ;
- c) un furoncle sous-épicondylien droit d'un diamètre de 3 cm. et non fluctuant.

La malade reçoit une injection sous-cutanée de 1/4 de cmc. de vaccin (série I).

Le 7 octobre, 1/2 cmc. de vaccin ; le furoncle c s'est ouvert spontanément.

Le 9 octobre, 3/4 de cmc. de vaccin.

Le 10 octobre, les furoncles *b* et *c* sont cicatrisés.

Le 11 octobre, 1 cmc. de vaccin.

Le 25 octobre, on constate que le furoncle *a* s'est résorbé progressivement.

OBSERVATION P. 10 *c* (*Anthrax*)

L... Jeanne, 40 ans.

Le 1^{er} mars 1931, la malade présente un nodule sous-épidermique, rouge, très douloureux, situé dans la région mentonnière au-dessous de la^e commissure labiale gauche.

Ce nodule grossit progressivement ; ce n'est que le 5 mars que nous commençons à faire des pansements alcoolisés, renouvelés plusieurs fois par jour. La tuméfaction augmente d'étendue et d'épaisseur, les ganglions sous-mentaux et cervicaux gauches sont volumineux, douloureux. L'insomnie est à peu près complète à partir du 12 mars. Des points jaunâtres apparaissent au sommet de la collection.

Le 15 mars, l'anthrax atteint un diamètre de 10 cm. La joue gauche, la région sous-mentale sont épaissies, œdématiées. L'anthrax est franchement fluctuant en son centre. Nous faisons une incision de 1 cm., parallèle au bord inférieur du maxillaire. Cette incision donne issue à un jus jaune paille bien lié contenant un *staphylocoque doré* (souche isolée).

Le 16 mars, nous constatons l'extension de l'anthrax vers la région malaire gauche et le rebord orbitaire gauche.

Le 18 mars, nous faisons une contre-incision pour assurer un drainage efficace de la fusée purulente malaire.

Le 7 avril, l'anthrax cesse de suppurer.

Le 12 avril, l'anthrax est cicatrisé.

OBSERVATION P. 11 (*Anthrax*)

B... Andrée, 25 ans.

Impétigo du cuir chevelu compliqué au dixième jour d'un furoncle dans la région mastoïdienne droite et au douzième jour d'un anthrax de la nuque.

L'anthrax prend très rapidement une grande extension, limitant les mouvements non seulement en raison des phénomènes douloureux qu'il détermine, mais aussi en raison de l'empâtement, de l'œdème de la nuque.

Les ganglions cervicaux gauches sont hypertrophiés, douloureux. Au quinzième jour, l'anthrax atteint un diamètre de 10 cm., il s'ouvre spontanément. La suppuration ne commence à s'établir qu'au dix-neuvième jour; le vingt-troisième jour, la malade reçoit une injection de 2 cmc. de propidon; le vingt-cinquième jour, 3 cmc. de propidon; ces deux injections sont suivies d'élévation thermique à 40°4 et 40°8.

Le vingt-septième jour, la malade subit une troisième injection de 5 cmc. de propidon. Le bourbillon peut être enlevé, il persiste une escarre de 30 mm. de diamètre; l'empâtement, l'adénopathie cervicale sont encore très marqués.

La plaie ne cesse de suppurer que vingt-cinq jours après l'ouverture. La cicatrisation se produit très lentement, l'escarre se comble peu à peu et ce n'est que le soixante-deuxième jour après l'ouverture de l'anthrax que celui-ci est complètement cicatrisé. La cicatrice est

irrégulière, hyperpigmentée, déprimée, presque chéloïdienne.

Caractères du staphylocoque isolé : staphylocoque doré, donnant une récolte extrêmement abondante.

OBSERVATION 11 a (*Anthrax*)

L... François, 24 ans.

Antécédents : Orgelets, panaris anthracoïde de la première phalange du pouce droit en 1928.

Le malade vient consulter le 29 novembre 1933 pour un anthrax de la face postéro-externe de l'avant-bras droit ayant débuté le 25 novembre. Cet anthrax a un diamètre de 10 cm., une trainée de lymphangite remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'épithrochlée ; les ganglions épithrochléen et axillaires sont douloureux ; le malade n'a pu dormir depuis vingt-quatre heures. On fait 1/2 cmc. de vaccin.

Le 30 novembre, l'anthrax est beaucoup moins douloureux spontanément ; son diamètre est de 8 cm. ; la lymphangite est beaucoup moins étendue ; les ganglions axillaires ne sont plus douloureux, le malade a pu dormir.

Le 31 novembre, un deuxième anthrax apparaît au-dessus et en dedans du premier.

Le 1^{er} décembre, le premier anthrax s'ouvre et donne issue à un pus bien lié, il n'y a pas de bourbillon. Le deuxième anthrax a un diamètre de 4 cm. On note, de plus, l'apparition d'un nodule rouge, douloureux, situé au-dessous de la cicatrice du panaris anthracoïde ayant évolué en 1928. On fait 1 cmc. de vaccin.

Le 4 décembre, le premier anthrax a cessé de suppurer, le second s'ouvre, le nodule s'est résorbé.

Le 5 décembre, au soir, un orgelet apparaît au niveau d'une cicatrice antérieure.

Le 6 décembre, on fait 2 cmc. de vaccin.

Le 7 décembre, l'orgelet se résorbe.

Le 8 décembre, les deux anthrax sont complètement cicatrisés.

Le 10 décembre, on fait à nouveau une injection de 2 cmc. de vaccin.

Caractères du staphylocoque isolé : staphylocoque citrin, poussant rapidement sur la gélose Sabouraud.

OBSERVATION 13 (*Phlegmon des gaines*)

T... Maurice, 25 ans.

Le malade, boucher, se blesse avec un couteau à la face palmaire de la première phalange du médius, blessure profonde, ayant saigné abondamment. Le malade vient nous voir trois jours après. Son médius est fléchi, très douloureux spontanément, la palpation avec un crayon permet de constater que la douleur est maximum sur tout le trajet de la gaine ; de plus, la déformation en crochet du doigt est irréductible. Il existe une adénopathie épitrochléenne douloureuse.

Nous faisons une injection de $1/2$ cmc. de vaccin.

Deux jours après, 1 cmc. : l'adénopathie épitrochléenne a disparu.

Le quatrième jour de notre traitement, le doigt est facilement mobilisable et n'est absolument plus douloureux. Nous faisons une dernière injection de vaccin de 1 cmc. $1/2$.

OBSERVATION 30 (*Abcès tubéreux de l'aisselle*)

M... Marguerite, 16 ans.

Antécédents : Abcès tubéreux de l'aisselle droite en 1930, durée trois mois.

La malade vient consulter pour une nouvelle poussée d'abcès tubéreux de l'aisselle droite ; cette poussée évolue depuis quinze jours.

Le 28 septembre, on fait 1/2 cmc. de vaccin.

Le 30 septembre, 1 cmc. de vaccin.

Le 1^{er} octobre, on incise 2 abcès franchement fluctuants.

Le 2 octobre, on fait 1 cmc. de vaccin.

Le 5 octobre, 1 cmc. 1/2.

Le 7 octobre, on incise un nouvel abcès ; un des abcès persiste sous forme d'un nodule fibreux indolent dont le volume ne diminue que très lentement. Guérison le 27 octobre.

OBSERVATION 55 (*Furonculose, hyperglycémie*)

G... Gaston, 45 ans.

Antécédents : Poussée de furonculose en décembre 1932, janvier et février 1933. Le chiffre de la glycémie est de 1 gr. 30.

Le malade vient consulter le 15 décembre 1933 pour une poussée de furonculose évoluant depuis deux mois. Il présente deux anthrax, l'un situé à la face postérieure de l'avant-bras droit, l'autre situé à la région lombaire.

Le malade reçoit une injection sous-cutanée de 1/2 cmc. de vaccin.

Le 17 décembre, on fait $3/4$ de cmc. de vaccin. La glycémie à jeun est à 1 gr. 50. L'anthrax de l'avant-bras s'est ouvert.

Le 19 décembre, on fait 1 cmc. de vaccin.

Le 22 décembre, on fait 1 cmc. de vaccin, l'anthrax de l'avant-bras est cicatrisé ; celui de la région lombaire s'ouvre.

Le 24 décembre, l'anthrax ne suppure plus, on fait 1 cmc. $1/2$ de vaccin.

Le 2 décembre, on fait 1 cmc. $1/2$ de vaccin.

Le 29 décembre, le deuxième anthrax est cicatrisé.

Un mois plus tard le malade fait deux furoncles de la nuque.

Le 30 janvier, le malade reçoit $1/2$ cmc. de vaccin.

Le 1^{er} février, $1/2$ cmc.

Le 3 février, $3/4$ de cmc.

Le 5 février, 1 cmc. de vaccin ; les furoncles sont complètement cicatrisés dès le 4 février.

OBSERVATION 67 (*Furonculose, eczéma*)

V... Juliette, 39 ans.

La malade vient consulter le 27 janvier pour une poussée de furonculose accompagnée d'une poussée d'eczéma.

La furonculose et l'eczéma sont localisés à la nuque.

Le 27 janvier, nous injectons $1/4$ de cmc. de vaccin (série II), et nous faisons un pansement à l'oxyde jaune de mercure sur les furoncles et une application de pommade à l'oxyde de zinc sur l'eczéma.

Le 29 janvier, la suppuration est tarie, nous faisons une injection de $1/2$ cmc. de vaccin.

Le 31 janvier, les furoncles sont cicatrisés, l'eczéma est très amélioré. Nous faisons $3/4$ de cmc. de vaccin.

Le 2 février, 1 cmc.

Le 6 février, 1 cmc. L'eczéma ne persiste que sous forme de petits placards lichénifiés sur lesquels nous faisons des applications de pâte à l'eau ichtyolée.

Le 10 février, l'eczéma a complètement disparu.

OBSERVATION 72 (*Eczéma, abcès du sein*)

R... Alice, 28 ans.

La malade vient consulter le 30 janvier pour un abcès du sein secondaire à un eczéma suintant du mamelon. L'eczéma a débuté le 15 janvier, il est localisé au mamelon droit, mamelon ombiliqué. La malade a fait quelques applications d'alcool iodé, malgré quoi, depuis le 26 janvier, est apparu un abcès du sein.

Le 30 janvier nous constatons dans le quadrant supéro-interne du sein droit une tumeur douloureuse du volume d'une orange ; il existe une volumineuse adénopathie axillaire droite. Nous injectons $1/2$ cmc. de vaccin (série II).

Le 1^{er} février, l'adénopathie axillaire s'est résorbée, l'abcès n'est presque plus douloureux. Nous injectons 1 cmc. de vaccin.

Le 3 février, nous constatons la résorption de l'abcès.

Le 5 février, l'eczéma du mamelon a disparu, il n'a été traité localement depuis le 30 janvier que par des applications de crème d'Alibour.

OBSERVATION 88 (*Mammite chronique*)

L... Arlette, 27 ans.

Antécédents : Accouchement en 1930 ; la malade a eu à plusieurs reprises, durant les deux premiers mois de l'allaitement, le sein droit rouge, tendu, elle n'aurait pas eu à ce moment d'anénopathie axillaire.

Le 15 janvier 1934, la malade vient consulter pour un ganglion axillaire situé en arrière du bord inférieur du grand pectoral ; ce ganglion est douloureux spontanément et à la mobilisation du bras, il a à peu près le volume d'un œuf de pigeon. On conseille à la malade de prendre trente gouttes par jour d'une solution colloïdale d'iode.

La malade vient nous voir le 8 février, le traitement iodé n'a eu absolument aucune action sur le ganglion ; celui-ci aurait augmenté de volume depuis le 15 janvier. L'examen de la malade ne permet pas de rapporter ce ganglion à une affection pleurale, la palpation permet de découvrir plusieurs nodosités douloureuses, irrégulières, mal limitées, dans le sein droit. Nous faisons une injection de 1/4 de cmc. de vaccin (série I).

Le 10 février, 1/2 cmc.

Le 13 février, 3/4 de cmc.

Le 15 février, les nodosités mammaires se sont résorbées, nous injectons 3/4 de cmc. de vaccin.

Le 18 février, 1 cmc.

Le 21 février, 1 cmc.

Le 24 février, 1 cmc.

Le 27 février, le ganglion s'est résorbé progressivement.

OBSERVATION 93 (*Furonculose rythmée par les règles*)

D... Suzanne, 42 ans.

La malade vient consulter pour une poussée de furonculose rythmée par les règles.

La malade a eu 2 tournioles aux règles du 30 novembre 1933 ; 2 tournioles à l'index et au médius gauche aux règles du 30 décembre, aux règles du 31 janvier on constate une récurrence de la tourniole survenue à l'index gauche et un panaris sous-inguinal de l'index droit.

Le 31 janvier nous faisons une injection de 1/4 de cmc. de vaccin.

Le 3 février, le panari a cessé de suppurer, nous injectons 1/2 cmc. de vaccin.

Le 5 février, 1/2 cmc.

Le 6 février, les panaris sont cicatrisés.

Le 7 février, nous injectons 3/4 de cmc..

Le 10 février, 3/4 de cmc.

La malade, revue par nous le 10 mars, n'a eu aucune récurrence.

OBSERVATION 96

(*Furonculose, réactivation d'un foyer latent*)

L... Marc, 43 ans.

Antécédents : Furoncle de la nuque en 1928.

Le malade vient consulter pour une poussée de furonculose évoluant depuis un mois. Les deux derniers furoncles sont localisés l'un à la face dorsale de la main gauche l'autre à la fesse gauche, ils évoluent respectivement depuis sept et trois jours.

Le 10 février, on fait 1/4 de cmc. de vaccin et des pansements alcoolisés.

Le 12 février, 1/2 cmc. de vaccin.

Le 13 février, on constate une réactivation du furoncle de la nuque cicatrisé depuis 1928. Les tissus sous-jacents et la cicatrice sont œdématisés, les téguments sont rosés, la palpation en est douloureuse.

Le 14 février, les furoncles ont cessé de suppur, la nodosité de la nuque est moins rouge, moins douloureuse ; on fait 3/4 de cmc. de vaccin.

Le 16 février, les furoncles sont cicatrisés. La nodosité de la nuque s'est résorbée le 15 février.

OBSERVATION 99 (*Impétigo*)

T... Lucien, 36 ans.

Antécédents : Furoncles de la face dorsale du carpe en 1931.

Le malade vient consulter pour une poussée d'impétigo staphylococcique évoluant depuis huit jours.

A la face dorsale du poignet et sur la tabatière anatomique sont réparties 8 phlyctènes d'un diamètre de 8 mm. à 2 cm., à contenu sanguinolent ou purulent. Les phlyctènes sont entourées d'un placard de lymphangite qui s'étend vers le bord radial de l'avant-bras et atteint le pli du coude.

Le 14 février, nous ensemençons aseptiquement le contenu de deux phlyctènes sur deux tubes de gélose Sabouraud et nous injectons 1/4 de cmc. de vaccin (série II).

Le 16 février, l'examen des tubes ensemencés montre

la présence de nombreuses colonies de *staphylocoque doré* ; nous injectons 1/2 cmc. de vaccin.

Le 18 février, 3/4 de cmc. de vaccin. Un furoncle apparaît à la face dorsale du poignet.

Le 20, nous faisons 1/2 cmc. de vaccin.

Le 21, nous constatons que le furoncle de la face dorsale du carpe s'est résorbé.

Le 24, les phlyctènes sont complètement cicatrisées.

OBSERVATION 124 (*Panaris de la pulpe, ostéite*)

C... Marcelle, 23 ans.

La malade vient consulter le 3 mars pour un panaris de la pulpe du pouce évoluant depuis quatre mois. La radiographie montre une nécrose des 2/3 extrêmes de la phalange unguéale du pouce avec fragmentation de l'extrémité lancéolée de la phalange.

Le 3 mars, la malade reçoit 1/4 de cmc. de vaccin.

Le 5 mars, 1/2 cmc. de vaccin.

Le 7 mars, 3/4 de cmc. Après anesthésie locale, on résèque les deux tiers extrêmes de la phalange unguéale ; on suture avec 3 crins, en laissant un faisceau de drainage.

Le 9 mars, la malade reçoit 1/2 cmc. de vaccin. Le pansement n'est pas taché de pus, le faisceau est enlevé. On fait un pansement alcoolisé.

Le 20 mars, on enlève les crins, la plaie opératoire s'est effectuée par première intention.

La malade est revue le 25 avril : excellent résultat fonctionnel, bonne cicatrice.

OBSERVATION 128

(Panaris anthracoïde, évolution en deux temps)

A... Maurice, 23 ans.

Antécédents : Panaris anthracoïde le 15 janvier.

Le 3 mars, le malade vient consulter pour un nouveau panaris anthracoïde situé auprès de la cicatrice du premier, à la face dorsale de la première phalange de l'index. Le doigt est déformé, boudiné, la tuméfaction dorsale du doigt a un diamètre moyen de 4 cm. Les téguments sont rouges, lisses, tendus. On ne perçoit pas de fluctuation. Les signes fonctionnels sont marqués, le malade se plaint d'une légère insomnie.

Le 3 mars, le malade reçoit 1/4 de cmc. de vaccin ; pansement alcoolisé.

Le 5 mars, 1/2 cmc. de vaccin ; pansement alcoolisé.

Le 7 mars, 3/4 de cmc. de vaccin. Après avoir défait le pansement, on constate que la rougeur des téguments a disparu, la tuméfaction s'est presque résorbée, enfin, même à la palpation, le malade ne ressent plus aucune douleur.

Le malade ne revient consulter que le 15 mars. La première phalange de l'index est très augmentée de volume, les téguments ont une coloration normale. La palpation, indolore, montre l'existence d'une zone fluctuante, l'incision sans anesthésie donne issue à une petite quantité de pus peu épais, presque séreux ; mèche, pansement au Dakin.

Le 16 mars, la plaie n'a pas suppuré.

Revu les jours suivants, la cicatrisation est assez lente, on est obligé de nitrater des bourgeons.

Le 30 mars, la plaie est cicatrisée.

OBSERVATION 129

(Durillon forcé, évolution en deux temps)

H... Eugénie, 19 ans.

La malade vient consulter pour un durillon forcé ayant débuté le 3 mars. Siège : face cubitale de l'auriculaire droit.

Le 7 mars, l'auriculaire est déformé, boudiné, rouge, tendu, douloureux, mais non fluctuant. Nous faisons à la malade une injection de 1/4 de cmc. de vaccin et un pansement alcoolisé.

Le 9 mars, la malade déclare ne plus souffrir, mais le doigt reste volumineux. On fait 1/2 cmc. de vaccin et un second pansement alcoolisé.

Le 12 mars, 1/2 cmc. de vaccin, un pansement alcoolisé.

Le 14 mars, 1/2 cmc. de vaccin, un pansement alcoolisé.

Le 16 mars, la tuméfaction est fluctuante. Il n'y a aucune modification des téguments. L'incision donne issue à 2 gouttes de pus.

Le 20 mars, la plaie est cicatrisée.

OBSERVATION 147 (*Panaris de la pulpe, ostéite*)

D... Lucie, 41 ans.

Le 15 mars, la malade vient consulter pour un panaris de la pulpe du pouce, évoluant depuis le 11 mars.

La pulpe est rouge, tendue, très douloureuse à la palpation et spontanément. Il n'y a pas d'adénopathie épitrochléenne ou axillaire.

La malade reçoit une injection de $1/4$ de cmc. de vaccin. Pansement alcoolisé.

Le 16 mars, les signes fonctionnels ont considérablement diminué, la malade a dormi et ne se plaint que d'une légère sensation de tension. La pulpe est nettement fluctuante ; l'incision épidermique donne issue à une gouttelette de pus. L'exploration systématique au stylet montre l'existence d'une poche profonde qui est incisée de bout en bout ; mèche, pansement alcoolisé.

Du 17 mars au 14 avril, la malade cesse de venir à la consultation de chirurgie, elle fait chez elle des pansements alcoolisés, sans méchage.

Le 18 avril, la malade revient consulter. La suppuration est toujours abondante, les bords de la plaie sont bourgeonnants, éversés. Les clichés radiographiques de face et de profil montrent une légère décalcification de la phalange unguéale.

Le 20 avril, on reprend la vaccination ; la malade reçoit une injection de $1/4$ de cmc.

Le 23 avril, $1/4$ de cmc.

Le 25 avril, $1/4$ de cmc.

Le 26 avril, une nouvelle radiographie ne montre pas d'altération plus accentuée de la phalange.

Le 28 avril, la malade reçoit $1/2$ cmc. de vaccin.

Le 2 mai, après anesthésie en bague à la racine du pouce, on constate la présence d'une fusée purulente à la face dorsale du pouce ; résection de 4 mm. de la phalange unguéale, réunion par première intention.

OBSERVATION 158 (*Furonculose, eczéma*)

G. Raymond, 65 ans.

Le malade vient consulter pour une furonculose évoluant par intermittences depuis dix-huit mois.

De septembre 1932 à octobre 1933, le malade fait une dizaine de furoncles localisés à la nuque, aux avant-bras.

En novembre 1933, le malade prend un dépuratif qui déclanche une poussée d'une durée de trois mois.

La poussée actuelle a débuté il y a trois semaines.

Le 22 mars, le malade a :

- 1° un anthrax de 4 cm. de diamètre à la nuque ;
- 2° plusieurs furoncles sur les épaules ;
- 3° un placard d'eczéma 15×10 cm. à la partie supérieure du dos.

Nous injectons $1/4$ de cmc. de vaccin.

Le 24 mars, $1/2$ cmc.

Le 26 mars, $1/2$ cmc.

Le 28 mars, les furoncles ont cessé de suppurer.

Nous injectons $1/2$ cmc. de vaccin.

Le 31 mars, $1/2$ cmc. de vaccin.

Le 2 avril, l'anthrax, les furoncles sont cicatrisés ; alors seulement nous commençons de traiter l'eczéma par des applications de nitrate d'argent à 1 pour 40 sur les lésions suintantes et de pâte à l'eau.

Le 10 avril, les téguments ont repris leur aspect normal.

OBSERVATION 188 (*Panaris de la pulpe*)

P... Ernest, 44 ans.

Antécédents : Phlegmon sous-aponévrotique palmaire en 1917.

Le malade vient consulter le 9 avril^e 1934 pour un panaris évoluant depuis huit jours. L'index est déformé, une énorme phlyctène entoure la presque totalité des deux dernières phalanges, le dos de la main est œdédié, adénopathie épitrochléenne douloureuse.

Le panaris est opéré sans anesthésie, la phlyctène est incisée et soigneusement excisée, on enlève ainsi les 4/5 des téguments du doigt. L'exploration systématique au stylet permet de constater l'existence d'un trajet de 4 mm. au niveau de la pulpe de la troisième phalange, ce trajet est mis à plat et méché ; pansement alcoolisé ; on fait une injection de 1/4 de cmc. de vaccin.

Le 10 avril, on refait un pansement alcoolisé.

Le 11 avril, le pansement est à peine taché de pus, l'œdème du dos de la main et l'adénopathie épitrochléenne ont disparu ; on injecte 1/4 de cmc. de vaccin.

Le 13 avril, la suppuration est tarie, le doigt a repris son volume normal. On fait 1/2 cmc. de vaccin.

Le 22 avril, le doigt est complètement épidermisé.

OBSERVATION 201 (*Eczéma, furonculose*)

D... Lucien, 40 ans.

Le malade vient nous voir pour une poussée d'eczéma évoluant depuis deux mois. Cet eczéma est localisé à la face, au cuir chevelu, à la nuque. Il a été traité jusqu'à

ce jour par des applications de pommade à l'oxyde de zinc. Les téguments présentent des lésions de grattage infectées : folliculites sur le cuir chevelu, placard rouge, 10×10 cm., presque érysipélateux, fait d'une multitude de petits furoncles à la nuque.

Le 22 juin, nous injectons $1/4$ de cmc. de vaccin et nous faisons faire des pansements à l'oxyde jaune de mercure.

Le 24, nous faisons $1/4$ de cmc. de vaccin.

Le 26, $1/4$ de cmc. Les furoncles ont cessé de suppu-
rer, l'eczéma est moins étendu.

Le 28, l'eczéma a complètement disparu sur le cuir chevelu et sur la nuque ; à peine persiste-t-il sur la face quelques lésions lichénifiées sur lesquelles nous faisons appliquer de la pâte à l'eau ichtyolée.

●BSERVATION 203 (*Panaris de la pulpe*)

C... Emilienne, 39 ans.

La malade vient consulter le 25 avril pour un panaris de la pulpe du médius ayant débuté le 16 avril.

Le 25 avril, le dos de la main est œdématié, le doigt boudiné ; la phalange unguéale est considérablement augmentée de volume, elle est fluctuante en tous ses points. Les signes fonctionnels sont au maximum, la malade n'a pu dormir depuis trois jours. Il existe une adénopathie épitrochléenne volumineuse, douloureuse.

Sous anesthésie locale on fait :

- a) l'avulsion de l'ongle ;
- b) une incision latérale externe de la phalange unguéale (25 mm.) ; la sonde fait complètement le

tour de la phalangette. On fait un méchage peu tassé en avant et en arrière de la phalangette ;
c) une injection de $1/4$ de cmc. de vaccin.

Le 26 avril, la malade a dormi, le pansement est franchement taché de pus ; l'adénopathie épitrochléenne s'est résorbée.

Le 27 avril, le pansement n'est pas taché de pus. On fait une injection sous cutanée de $1/2$ cmc. de vaccin.

Le 29 avril, la plaie n'a pas suppuré, elle se comble rapidement. Pansement alcoolisé.

Le 5 mai, la plaie est cicatrisée.

OBSERVATION 205

(Furonculose, réactivation d'un foyer latent)

D... Henri, 28 ans.

Antécédents : Poussée de furonculose en 1929, durée deux mois ; furoncle de la nuque en 1932.

Le malade vient consulter pour une furonculose du conduit auditif externe évoluant depuis trois semaines.

Le 25 avril, on fait $1/4$ de cmc. de vaccin.

Le 28 avril, les furoncles ont cessé de suppurer. La palpation permet de percevoir au-dessous de la cicatrice du furoncle de la nuque un nodule du volume d'un pois, douloureux spontanément et à la pression ; on fait $1/4$ de cmc. de vaccin.

Le 30 avril, le nodule s'est résorbé.

Le 2 mai, on fait $1/2$ cmc. de vaccin ; les furoncles sont complètement cicatrisés.

OBSERVATION 212 (*Phlegmon des gaines, dysidrose*)

D... Germaine, 24 ans.

Le 26 juin 1934, la malade fait une poussée de dysidrose aux deux mains.

Le 2 juillet, la malade ressent une légère impotence du médius gauche. Rapidement, la douleur devient extrêmement vive, intense ; le doigt est gros, en crochet.

Le 4 juillet, la malade vient nous consulter. Le doigt est en crochet, irréductible ; la palpation permet de localiser la douleur maxima à la gaine, de son extrémité supérieure à son cul-de-sac palmaire. Le dos de la main est oedématié, il existe une adénopathie axillaire douloureuse, la malade n'a pu dormir. Sous anesthésie locale au chlorure d'éthyle, nous faisons une incision de 2 cm. à la face palmaire de la première phalange du médius, légèrement en dehors de la ligne médiane. Cette incision donne issue à un pus épais bien lié, dans lequel les examens microscopiques et la culture montrent la présence du staphylocoque doré. Nous injectons 1/2 cmc. de vaccin.

Le 8 juillet, la dysidrose s'est étendue à tous les doigts de la main gauche. La main droite est beaucoup moins atteinte. Le phlegmon suppure à peine. Nous injectons 1/2 cmc. de vaccin.

Le 11 juillet, le phlegmon a cessé de suppurer. Nous faisons à nouveau 1/2 cmc. de vaccin.

Le 18 juillet, le phlegmon est cicatrisé et la dysidrose complètement guérie aux deux mains.

Il est à remarquer que le seul traitement local effectué sur la dysidrose a été des lavages ou des bains à l'eau oxygénée.

OBSERVATION 216

(Corps étranger, évolution en deux temps)

C... Paul, 43 ans.

Le malade subit une blessure de la face externe de la première phalange du médius gauche. Au point de piqure se produit une nodosité avec rougeur, chaleur, douleur ; des pansements alcoolisés font disparaître rougeur et signes fonctionnels, la nodosité persiste.

Au bout de trois semaines, la douleur reparait. On fait au malade, le 4 août, une injection de 1/2 cmc. de vaccin.

Le 6 août, la nodosité est peu douloureuse, légèrement augmentée de volume. Les téguments sont à peine rosés ; le malade reçoit 1/2 cmc. de vaccin.

Le 8 août, la nodosité est devenue franchement fluctuante sans que les téguments aient pris une allure inflammatoire. La ponction permet de retirer quelques gouttes de pus où l'examen microscopique a montré la présence de staphylocoques dorés. Le malade reçoit une troisième injection de 1/2 cmc. de vaccin.

Le 11 août, la nodosité s'est complètement résorbée et le médius a repris son aspect normal.

OBSERVATION 219

(Furunculose rythmée par les règles)

Ch... Marie, 41 ans.

La malade vient consulter le 30 novembre pour une poussée de furunculose. L'interrogatoire permet de lui faire préciser que depuis le mois de mars les poussées

de furonculose précèdent de quelques jours les règles. La poussée actuelle a débuté il y a cinq jours. Nous faisons 1/4 de cmc. de vaccin.

Le 2 décembre, les furoncles cessent de suppurer.

Le 3 décembre, les furoncles sont cicatrisés. Nous faisons 1/4 de cmc. de vaccin.

Le 6 décembre, 1/4 de cmc.

Le 10 décembre, 1/2 cmc.

La malade a été revue à plusieurs reprises ultérieurement pour une métrite chronique, les règles n'ont plus été précédées de furoncles.

OBSERVATION 220 (*Mammite chronique*)

V... Marie, 39 ans.

La malade vient consulter pour des nodules dont elle a constaté la présence dans le sein gauche ; elle n'aurait jamais eu de grossesse ni de lactation. La palpation permet de percevoir plusieurs noyaux irréguliers, indolents, et, dans le quadrant supéro-externe du sein, une volumineuse tumeur douloureuse, irrégulière, mal limitée, libre de toute adhérence avec les téguments ; il n'y a pas d'adénopathie axillaire.

Le 2 novembre 1935, nous injectons 1/4 de cmc. de vaccin (série III).

Le 4 novembre, 1/4 de cmc.

Le 6 novembre, 1/4 de cmc.

Le 9 novembre, 1/4 de cmc.

Le 11 novembre, le sein a cessé d'être douloureux ; 1/4 de cmc. de vaccin.

Le 13 novembre, 1/4 de cmc.

Le 15 novembre, 1/4 de cmc.

Le 18 novembre, les petits nodules se résorbent :
1/4 de cmc.

Le 20 novembre, 1/4 de cmc.

Le 22 novembre, 1/4 de cmc.

Le 24 novembre, 1/4 de cmc.

Le volume du noyau principal est réduit de moitié, il apparaît alors à la palpation comme lisse, régulier, bien limité.

Sous anesthésie locale à la Delcaïne, nous enlevons cette tumeur. Il s'agit macroscopiquement comme histologiquement d'un adénome.

OBSERVATION 221 (*Mammite chronique*)

L... Simone, 28 ans.

Antécédents : Accouchement en 1926. Au cours de la lactation la malade n'aurait jamais eu ni crevasses, ni engorgement mammaire.

Panaris compliqué d'ostéite en 1930.

La malade vient consulter pour plusieurs petits nodules dont elle a constaté la présence dans le sein depuis janvier 1934 : ces nodules, irréguliers, douloureux, siègent dans le prolongement axillaire droit de la glande.

Le 30 novembre, nous injectons 1/4 de cmc. de vaccin (série III).

Le 3 décembre, 1/4 de cmc.

Le 6 décembre, 1/4 de cmc.

Le 9 décembre, 1/4 de cmc.

Le 12 décembre, 1/4 de cmc.

Le 15 décembre, la malade déclare ne plus souffrir :
1/4 de cmc.

Le 19 décembre, 1/2 cmc.

Le 22 décembre, 1/2 cmc.

Le 26 décembre, 1/2 cmc., les douleurs reparaissent.

Le 29 décembre, 1/4 de cmc.

Le 2 janvier, 1/4 de cmc.

Le 6 janvier, 1/4 de cmc.

Les douleurs cessent, les nodules se sont résorbés à l'exception d'un seul qui apparaît lisse, régulier, bien mobile à la palpation.

OBSERVATION 222 (*Mammite chronique*)

B... Julie, 24 ans.

Antécédents : Premier accouchement en 1927, deuxième accouchement en 1930. La malade n'aurait eu aucun incident de l'allaitement.

La malade vient consulter le 10 décembre 1934 pour de petites indurations dans le sein droit. Ces nodules sont douloureux spontanément et à la mobilisation du bras. Il existe une adénopathie axillaire droite faite de ganglions, petits, indolents, situés en arrière du bord inférieur du grand pectoral. Nous injectons 1/4 de cmc. (série III).

Le 22 décembre, 1/4 de cmc.

Le 24 décembre, 1/4 de cmc.

Le 27 décembre, 1/4 de cmc. Les douleurs ont cessé à partir du sixième jour du traitement.

Le 29 décembre, nous faisons 1/4 de cmc.

Le 31 décembre, 1/4 de cmc.

Le 2 janvier, 1/4 de cmc.

Le 4 janvier, 1/4 de cmc.

Les nodosités se sont complètement résorbées.

OBSERVATION 230 (*Furonculose*)

T... Yvonne, 3 mois.

Antécédents : Diphtérie nasale à l'âge de 2 mois ; cuti-réaction à la tuberculine négative.

A l'âge de 3 mois, au quatrième jour d'une broncho-pneumonie, apparaît une poussée de furonculose localisée dans le dos. Cinq furoncles sont incisés, on fait 1/4 de cmc. de vaccin.

Le lendemain, les furoncles ont cessé de suppurer, leur cicatrisation s'est effectuée le surlendemain, 1/4 de cmc.

Il est à noter que les injections de vaccin n'ont provoqué aucune élévation de température.

OBSERVATION 231 (*Zona intercostal*)

L... Germain, 86 ans.

Le malade vient nous consulter au quinzième jour de l'évolution d'un zona intercostal. L'éruption est faite de placards érythémateux ovalaires surmontés de croûtelles; ces placards sont strictement unilatéraux. Le malade se plaint de douleurs intenses, survenant souvent par crises, soit spontanément, soit à l'occasion d'un mouvement, d'un examen, du contact des vêtements.

Le quinzième jour, nous injectons 1/4 de cmc. de vaccin.

Le dix-septième jour, 1/4 de cmc.

Le dix-neuvième jour, 1/4 de cmc.

Le vingtième jour, les douleurs cessent complètement.

Le vingt-et-unième jour, nous faisons 1/2 cmc.

Le vingt-quatrième jour, 1/2 cmc.

Le vingt-septième jour, 1/2 cmc.

OBSERVATION 234 (*Zona ophtalmique*)

R... Jean, 42 ans.

Le malade vient consulter pour un zona ophtalmique évoluant depuis cinq jours.

Les placards érythémateux siègent sur le territoire du frontal ; il n'y a pas d'anesthésie cornéenne. Les douleurs sont intenses, continues, avec paroxysmes provoqués par le contact.

Il existe un certain degré de photophobie.

Le cinquième jour, nous injectons 1/4 de cmc. de vaccin.

Le septième jour, 1/4 de cmc.

Le dixième jour, 1/2 cmc.

Les douleurs cessent à dater du onzième jour, l'éruption a presque complètement disparu. Il n'y a eu aucune complication oculaire.

OBSERVATION 235 (*Eczéma, furonculose*)

C... Louise, 34 ans.

La malade vient consulter pour une poussée d'eczéma à point de départ ano-vulvaire. Le quatrième jour, les placards d'eczéma siègent au pourtour de l'anus, aux grandes lèvres, à la face interne des cuisses, 12 cm. Nous faisons une injection intraveineuse de 5 cmc. d'hyposulfite de soude à 1/10 et nous ordonnons à la malade de faire des applications d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 40 et de pâte à l'eau.

Le sixième jour, nous apprenons que la veille les lésions se sont considérablement étendues et ont été le

siège d'un prurit intense empêchant tout sommeil. Les placards d'eczéma ont gagné le pubis, le quadrant inféro-interne des fesses, enfin ils descendent jusqu'à mi-cuisse. Nous injectons à nouveau 5 cmc. d'hyposulfite de soude à 1 pour 10 et nous conseillons à la malade de continuer le même traitement local.

Le huitième jour, nous constatons qu'une nouvelle poussée a été déclanchée sur la face interne des cuisses, les lésions atteignent le condyle interne du fémur. Plusieurs furoncles apparaissent sur les grandes lèvres et le pubis. Nous injectons 1/4 de cmc. de vaccin. Même traitement local.

Le dixième jour, l'eczéma n'a manifesté aucune tendance extensive, le prurit a été moins marqué. L'examen du pus prélevé lors de l'incision d'un des furoncles montre la présence d'un staphylocoque. L'ensemencement nous permet d'isoler un staphylocoque doré. Nous injectons 1/4 de cmc. de vaccin.

Le douzième jour, le prurit a pratiquement disparu. Nous injectons 1/4 de cmc. de vaccin et 5 cmc. d'hyposulfite à 1/10. Cette injection d'hyposulfite déclanche une nouvelle extension des placards d'eczéma et la réapparition du prurit.

Le quatorzième jour, nous injectons 1/2 cmc. de vaccin. Nous faisons faire des applications de collosol au coaltar sur les placards d'eczéma.

Le quinzième jour, les furoncles sont cicatrisés.

Le dix-septième jour, nous injectons 1/2 cmc. de vaccin.

Le vingtième jour, l'eczéma a complètement disparu.

OBSERVATION 275 (*Furonculose, eczéma*)

L... Marie, 23 ans.

La malade vient nous voir le 4 mars 1935 pour une poussée de furonculose évoluant depuis trois semaines et, d'autre part, pour une poussée d'eczéma localisé aux mains, aux plis de flexion, évoluant depuis deux semaines. L'autohémothérapie a été tentée sans résultat apparent.

Le 4 mars, nous injectons 1/4 de cmc. de vaccin et nous faisons appliquer sur les placards d'eczéma des pansements à la pâte à l'eau ichtyolée.

Le 6 mars, nous faisons 1/2 cmc. de vaccin.

Le 7 mars, les furoncles cessent de suppurer.

Le 9 mars, nous injectons 1/2 cmc. de vaccin.

Le 10 mars, les furoncles sont cicatrisés.

Le 12 mars, nous injectons 1/2 cmc. de vaccin.

Le 14 mars, il n'existe plus aucune trace d'eczéma aux mains ni aux plis de flexion.

OBSERVATION 279

(*Furonculose rythmée par les règles*)

G... Angèle, 21 ans.

La malade vient consulter pour une furonculose évoluant depuis huit mois. Les furoncles apparaissent toujours après les règles et chaque poussée dure environ deux à trois semaines. Les furoncles sont localisés à la nuque et aux avant-bras.

La poussée actuelle date de onze jours.

Le 12 décembre, on fait 1/4 de cmc. de vaccin.

Le 15 décembre, 1/2 cmc.

Le 16 décembre, les furoncles cessent de suppurer.

Le 18 décembre, les furoncles sont cicatrisés, on refait 1/2 cmc. de vaccin.

La malade a été revue en janvier et en février, les règles n'ont pas été suivies de poussée de furunculose.

OBSERVATION 282

(Folliculite, réactivation d'un foyer latent)

B... Pierre, 17 ans.

Antécédents : Furoncle de la face antérieure de l'avant-bras droit en 1931.

Le malade vient consulter le 21 novembre 1934 pour des folliculites de la barbe évoluant depuis cinq jours.

Le 21 novembre, on fait 1/4 de cmc. de vaccin.

Le 23 novembre, 1/4 de cmc.

Le 24 novembre, apparaît une nodosité douloureuse de consistance élastique à la palpation, sous-jacente à la cicatrice du furoncle survenu en 1929.

Le 25 novembre, cette nodosité s'est résorbée. On fait 1/4 de cmc. de vaccin.

Le 27 novembre, on fait une injection de 1/2 cmc. de vaccin, quoique la poussée de folliculite soit terminée depuis la veille.

OBSERVATION 283 (*Mammite chronique*)

B... Léontine, 32 ans.

Antécédents : Accouchement en 1933. La malade a allaité son enfant pendant huit mois, elle a eu des crevasses à plusieurs reprises et un engorgement du sein droit.

La malade vient consulter le 4 mars 1935 pour de nombreuses nodosités douloureuses du sein droit.

Le 4 mars, nous injectons 1/4 de cmc. de vaccin (série III).

Le 6 mars, 1/4 de cmc.

Le 8 mars, 1/4 de cmc.

Le 11 mars, 1/4 de cmc.

Le 13 mars, 1/4 de cmc.

Le 15 mars, 1/4 de cmc.

Le 18 mars, 1/4 de cmc.

Le 20 mars, 1/4 de cmc.

Les noyaux de mammite chronique se sont résorbés progressivement.

OBSERVATION 304

(Furoncle isolé, réactivation d'un foyer latent)

G... Jean, 52 ans.

Antécédents : Furoncle de la nuque en 1929.

Le malade vient consulter le 5 mars 1935 pour un furoncle de la nuque évoluant depuis quatre jours ; les signes fonctionnels sont très marqués.

Le 5 mai, le malade reçoit 1/4 de cmc. de vaccin.

Le 6 mai, le furoncle s'ouvre spontanément.

Le 7 mai, on fait 1/2 cmc. de vaccin.

Le 8 mai, on constate l'apparition d'un nodule rouge, légèrement douloureux, au niveau de la cicatrice du furoncle de la nuque survenu en 1929.

Le 9 mai, le furoncle a cessé de suppurer, la nodosité s'est résorbée sans suppuration. On fait 1/2 cmc. de vaccin.

Le 11 mai, le furoncle est cicatrisé.

OBSERVATION 314 (*Prostatite aiguë*)

R... Louis, 23 ans.

Le malade vient nous consulter pour un léger écoulement matinal apparu depuis quinze jours.

Le méat a une coloration normale ; l'expression du canal permet de faire sourdre une goutte de sérosité louche dont l'examen microscopique montre qu'elle est microbienne ; la réaction cellulaire est faite de polynucléaires peu ou pas altérés et de cellules épithéliales de l'urètre. Le liquide de lavage de l'urètre antérieur est clair ; il contient de rares filaments. L'urine est claire. La prostate paraît normale au toucher rectal. L'examen de l'urètre, avec un explorateur à boule n° 24 du Dr Demonchy puis avec un beniqué courbe n° 48, ne montre aucune anomalie.

Nous conseillons au malade de faire examiner à nouveau sa goutte au point de vue bactériologique et de faire quelques lavages à l'oxycyanure de mercure. L'écoulement toujours amicrobien persistant, le malade cesse de venir consulter et prend des injections à la seringue d'un liquide caustique.

Il vient nous voir cinq jours plus tard, se plaignant de douleurs extrêmement vives à la fin de la miction, de pesanteur périnéale. L'écoulement n'a pas augmenté d'intensité, l'eau de lavage est toujours claire, filaments, les urines cette fois sont troubles. Le toucher rectal nous montre que la prostate normale douze jours auparavant a quadruplé. Son lobe droit, dur, tendu, exquise ment douloureux, atteint le volume d'une orange. Le liquide prostatique s'écoule facilement. Il est examiné

entre lame et lamelle, nous comptons environ 100 polynucléaires par champ. Après coloration, nous constatons la présence de cocci qui gardent le gram.

Nous faisons une injection de $1/4$ de cmc. de vaccin et nous ordonnons au malade de cesser tout traitement local.

Trois jours plus tard, nous revoyons le malade. Le volume du lobe étroit a diminué de moitié, les phénomènes douloureux ont pratiquement disparu. Nous injectons $1/2$ cmc.

Revu quatre jours après, le malade déclare ne plus souffrir, la prostate a repris son volume normal, peut-être le lobe droit est-il un peu plus dur. Le liquide prostatique contient 10 polynucléaires par champ. Nous injectons $1/2$ cmc. de vaccin.

Conclusions.

I. — Les collections suppurées sont dues presque exclusivement au staphylocoque (99 % des cas).

II. — Leur traitement par le vaccin antistaphylococcique préparé suivant la méthode du Dr Demonchy permet :

1° d'obtenir rapidement, souvent en quelques heures :

- a) La sédation des signes fonctionnels,
- b) La disparition de l'adénopathie satellite ;

2° d'observer, dans 14 % des cas, la résorption de la collection suppurée ;

3° d'éviter de façon absolue l'apparition d'ostéite, complication si fréquente des panaris de la pulpe traités par les moyens classiques ;

4° d'écourter la suppuration ;

5° d'accélérer la cicatrisation ;

6° de réduire la durée totale du traitement.

III. — Il est donc légitime de toujours adjoindre au traitement local habituel la vaccinothérapie anti-staphylococcique, telle que nous l'avons définie.

Vu : le Président de la thèse,

MATHIEU.

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BASTENIE (P.). — V. P. Govaerts.

BRAXTON (J. A.), HICKS. — Emploi et mauvais emploi des vaccins (*The British medical Journal*, 10 oct. 1931).

CAMBIER et DAGUELIE. — Septicémie à staphylocoques (*Bulletin de la Société clinique des Hôpitaux de Bruxelles*, séance du 8 oct. 1932).

CAMESCASSE (J.). — Traitement du zona par le vaccin antistaphylococcique (*Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 8 juin 1932).

— Le vaccin antistaphylococcique guérit le zona (*Presse médicale*, 2^e semestre 1934, p. 1331-1332).

— Zona et vaccination antistaphylococcique (*Bull. et Mém. Ac. Méd.*, séance du 13 nov. 1934).

CRAPS. — Sur la conduite du traitement du zona par le vaccin antistaphylococcique (*Bull. Soc. Clin. Hôp. Bruxelles*, séance du 10 février 1934).

DAGUELIE. — V. Cambier.

DEMONCHY. — Avantages des vaccins à haute concentration (*Bull. Soc. Biologie*, séance du 8 février 1919).

DEMONCHY et LAMASSON. — Remarques sur l'emploi des vaccins antigonococciques à forte concentration (*Urologie du Praticien*, 1934, p. 19 à 25).

— V. aussi Le Moignic.

DÉROT. — V. Rathery.

DOUBROV. — V. Rathery.

GAYET. — Un cas de staphylococcémie d'origine urinaire
(*Comptes rendus des séances du XXXIII^e Congrès d'urologie*, Paris 1933).

GEORGE (Paul). — V. Laignel-Lavastine.

GOUVERNEUR et MOTZ. — Epididymites primitives à
staphylocoques (*Bull. de la Soc. de Chir.*, séance
du 28 fév. 1934).

GOVAERTS (P.) et BASTÉNIE (P.). — Endocardite aiguë à
staphylocoques (*Bull. Soc. Clin. Hôp. Bruxelles*,
séance du 10 février 1934).

HURY. — Pyodermite extensive à staphylocoques (*Bull.
Soc. Path. Exotique*, séance du 5 avril 1933).

LAIGNEL-LAVASTINE et GEORGE (Paul). — Septicémie
staphylococcique à forme endocarditique (*Bull.
et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du
13 mars 1931).

LAMASSON (F.). — Que peut-on attendre de la vaccino-
thérapie antistaphylococcique (*Progrès Médical*, décembre 1933, p. 2257 à 2265).

— V. Demonchy.

LAMIAUD. — V. Le Fur.

LE FUR et LAMIAUD. — Infection prostatique primitive
à staphylocoque. Prostatotomie, septicémie,
mort (*Bull. Soc. Franç. d'Urologie*, séance du
20 juin 1932).

LE MOIGNIC, SÉZARY, DEMONCHY. — Lipovaccin anti-
gonococcique (*Bull. Soc. de Biologie*, séances
des 23 mars 1918 et 8 février 1919).

MOTZ. — V. Gouverneur.

RATHERY, DOUBROV, DÉROT. — Endocardite infectieuse à staphylocoque doré (*Bulletin de la Société anatomique*, séance du 3 mars 1933).

SAUVÉ (L.). — Contribution à la thérapeutique des septicémies à staphylocoque (*Bull. Soc. de Chirurgie*, séance du 5 déc. 1934).

SÉZARY (A.). — La vaccinothérapie, ses principes, ses techniques, ses résultats (*Journal médical français*, mars 1919).

— Le changement des conditions biologiques générales considéré comme agent thérapeutique (*Progrès Médical*, 30 nov. 1927).

— V. Le Moignic.

